HUJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CODIGO: GJC12F VERSION: 06 FECHA DE ULTIMA REVISION: 7/09/2023 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, Maribel S Ramos M. Identificado con Cédula No. 26689372 y Profesión Aux. de Enfermería 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 ASISTENCIAL - 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://sijl.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 (Médicos Generales y Especialistas) – Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.		
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (Personal Asistencial)		
15	Tarjeta Profesional		
16	RETHUS (Personal Asistencial en general)		
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde $250.000.000 millones de pesos. (Médicos y Especialistas)		
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (Personal Asistencial).		
19	Certificado de curso SOPORTE VITAL BASICO - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
20	Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras y Médicos, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – PALS (Pediatras) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal – NALS (Neonatólogo) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
23	Certificado de Curso de CUIDADOS INTENSIVOS (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*.		
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la GESTIÓN DEL DUELO (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)		
26	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el CUIDADO DEL DONANTE (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías*.		
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***).		
28	Curso de PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia), (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
29	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)		
30	Soporte de experiencia laboral.		
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ *previo registro en el sitio web.*		
32	Vacunas (HEPATITIS B) (todo el personal asistencial)		
33	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)		
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (INDEPENDIENTE – Mes Actual)		
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE – Mes Actual)		
36	Formato SARLAFT – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.689.372

RAMOS MARQUEZ

APELLIDOS

MARIDIS

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-JUN-1961

ARACATACA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | AB+ G.S. RH | F SEXO

14-DIC-1981 ARACATACA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00156779-F-0026689372-20090518 0011559135A 1 24322653

Powered by CamScanner

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Juridica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **26689372**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	26689372	RAMOS	MARQUEZ	MARIDIS	.	2022-07-29, 5:31 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

Powered by CamScanner

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) Yaneidys Ramos M. identificado con C.C./C.E./P.P No. 26689372 expedida en Aracataca, 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 05 del mes de diciembre de 2023.

Firma _____
Nombre Yaneidys Ramos M.
Cédula 26689372

COPIA CONTROLADA

Powered by CamScanner

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario

Género	
Cargo	
Título	
Nombre	
Apellidos	
Fecha de Nacimiento	
Nombre y apellido	MARIDIS RAMOS MARQUEZ
Tipo de documento	
Número de documento	
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	MARIDISRAMOS@HOTMAIL.ES
Teléfono	
Celular	3107201020
Nivel Educativo	

Configuración

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

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es su número de teléfono?
Respuesta	3107201020
SMS para recuperar la contraseña	3107201020

Editar

Powered by CamScanner

Santa Marta, diciembre 05 del 2023

Doctor
Germán Gaviria Vargas
Gerente
Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Cordial Saludo

Muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de presentarle mi propuesta como AUXILIAR DE ENFERMERÍA, función que desempeñaré a cabalidad cumpliendo con todas las funciones que sean asignadas pertinentes al cargo y de acuerdo a las necesidades de la institución.

Espero cumplir con el perfil que se necesita y de antemano agradezco su atención, quedando en espera de su pronta y positiva respuesta.

Atentamente

MARIDIS RAMOS MARQUEZ
C.C 26.689.372
Cel: 310 720 1020
Correo: maridisramos@hotmail.es
Dirección: calle 29k # 21ª1-4

Powered by CamScanner

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14194748863

(415)7707212489984(8020) 000001419474886 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 6 6 8 9 3 7 2	7	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	2 6 6 8 9 3 7 2	1 9 8 1 1 2 1 4

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Aracataca 0 5 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RAMOS	MARQUEZ	MARIDIS	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CL 23 C 17 77 BRR NUEVA BETEL GAIRA

42. Correo electrónico maridisramos@hotmail.es

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 2 0 6 1 5					5 1 3 2	

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	2	0																								

20- Obtención NIT

Usuarios 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 2012 - 12 - 18

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA

985. Cargo Gestor II

Fecha generación documento PDF: 05-12-2023 04:43:59PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

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
Ramos	Marquez	Maridis

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 26689372 | SEXO: F (X) M ( ) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) | PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 29 MES 06 AÑO 1981

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: ARACATACA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 29 K 21 A 1 - 4 APARTAMENTO LOS LAURELES

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: EMAIL: maridisramos@hotmail.es

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	09	AÑO	2015

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	4	X			02	1997	1955

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ESPECIFIQUE 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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA		
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
	Día 01	Mes 03	Año 2023	Día 31	Mes 05	Año 2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	DEPENDENCIA CENTRAL ESTER LIZACION			DIRECCIÓN		

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 AUXILIAR AREA SALUD	DEPENDENCIA CENTRAL ESTER LIZACION			DIRECCIÓN		

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 4365007	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
	Día 01	Mes 04	Año 2021	Día 30	Mes 06	Año 2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA CENTRAL DE ESTERILIZACION			DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 barrio alcazares		

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 2021	Día 31	Mes 03	Año 2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA CENTRAL DE ESTERILIZACION			DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 barrio alcazares		

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

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 4365007	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	10	Año	2020	Día	31	Mes	12	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA CENTRAL DE ESTERILIZACION					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 barrio alcazares						

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 4365007	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	07	Año	2020	Día	30	Mes	09	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA CENTRAL DE ESTERILIZACION					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 barrio alcazares						

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 4365007	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	05	Año	2020	Día	30	Mes	06	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA CENTRAL DE ESTERILIZACION					DIRECCIÓN CARRERA 14 21 41						

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 4365007	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	02	Mes	01	Año	2020	Día	30	Mes	04	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA CENTRAL DE ESTERILIZACION					DIRECCIÓN CARRERA 14 21 41						

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 4365007	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	01	Año	2019	Día	30	Mes	03	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA CENTRAL DE ESTERILIZACION					DIRECCIÓN CARRERA 14 21 41						

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4346262	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	04	Mes	01	Año 2018	Día	30	Mes	06	Año	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA					DIRECCIÓN carrera 22 calle 14 esquina						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COOPSERVICIOS			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	14	Mes	05	Año 2011	Día	30	Mes	05	Año	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CARRERA 23 26 61						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE PREVISION SOCIAL DE COMUNICACIONES - EN LIQUIDACION			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	06	Mes	01	Año 2011	Día	30	Mes	06	Año	2012	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						

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						

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 **FIRMA DEL SERVIDOR PÙBLICO 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

Hardys Ramos Mena

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.

Santa Marta

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Powered by CamScanner

La República de Colombia y en su nombre

El

Colegio Nacionalizado de Bachillerato Mixto

De Aracataca - (Magdalena)

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional según Resolución No. 16935
del 1o. de Noviembre de 1.984

Confiere a:

Maridis Ramos Márquez

Identificada con la C. C. Nº 26.689.372 de Aracataca

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.

Nacionalizado de Bachillerato Mixto
SECRETARIA
Calle - Magd.

Rector(a)

Secretario(a)

Aracataca, ____ de _____ de 1.98__

Anotado al folio _____ del Libro de Registro No. _____

Secretario de Educación

_____

Dado en Santa Marta, a los __ días del mes de _____ de 198__

40

REPUBLICA DE COLOMBIA

Acta de Grado

Colegio Nacionalizado de Bachillerato Mixto

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional según Resolución No. 16935 de Noviembre 1o. de 1.984

En la ciudad de Aracataca, a los 22 días del mes de Diciembre del año de 1984 se reunieron, con el fín de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del COLEGIO NACIONALIZADO DE BACHILLERATO MIXTO modalidad ACADEMICO institución aprobada hasta GRADO 11. en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académico, según Resolución(es) Número(s) 16935 de Noviembre 1o. /84

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

No.	NOMBRE
27-	RAMOS MARQUEZ MARIDIS,

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 26.689.372 de Araca,

Es fiel copia tomada del Acta original No. 004 de fecha Diciembre 22 /84 que consta de 33 alumnos graduados, comienza con el nombre de Rafael Lucas Arias Galán, y se cierra con el nombre de URIBE BERRIO ELIZABETH MARIA,

firmado y sellado por LIC. JOSE RAMON PEDRIQUEZ C, (Rector) y Isabel Manjarrés F. (Secretario)

Dada en Aracataca, a los 22 días del mes de Diciembre de 1.9 84

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

Firmado y Sellado

El Rector o Director(a)

El Secretario(a)

Powered by CamScanner

República de Colombia

Ministerio de Salud Pública

El Servicio Seccional del Magdalena, por intermedio de la

Escuela de Auxiliares de Enfermería "Gabriel Angulo"

Hace Constar:

Que: **Maridys Ramos Márquez**

Asistió y aprobó el curso de:

Promotora de Salud

Realizado en Santa Marta del 25 de Oct. al 3 de Noviembre 1988

Jefe Seccional

Directora de Escuela

Santa Marta, Noviembre 3 1988

Coordinadora

En nombre de la República de Colombia .

y por autorización del

Ministerio de Educación Nacional

La Corporación de Estudios Técnicos, Ocupacional Sistematizada

CETECOS

Autorizada por la Secretaría de Educación Distrital según resolución
No. 1407 del 27 de Noviembre de 2008 y 1217 del 25 de Junio de 2007
Acuerdos expedidos por el Comité Ejecutivo Nacional para el
Desarrollo de Recursos Humanos en Salud No. 38 y 40 de 2000

En Atención a que

MARIDIS RAMOS MARQUEZ

Identificado (a) con C.C./T.I. 26.689.372 Expedida en Aracataca (Mag.)

Ha completado todos los estudios y llenado los requisitos legales y estatutarios exigidos en el nivel de educación de instituciones de formación para el trabajo y desarrollo humano, conforme a la norma reglamentada por el decreto 114 de 1.996 artículo 13.

Otorga el Presente Certificado de Aptitud Ocupacional con Conocimientos Académicos como Técnico en:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Intensidad Horaria 1800 Horas

En testimonio de ello se firma y sella el presente certificado dado en Santa Marta.
El Día 24 del mes de Agosto del año 20 02 Acta de Grado No. 0807

COPIA EXPEDIDA EL 20 DE AGOSTO DE 2.010

Carlos Miguel Gonzalez Gutiérrez
Director

Jairo García López
Coordinador Académico

Alexa Diazgranados Perea
Coordinadora Programa

CETECOS

CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

Aprobación Oficial No. 108 del 18 de febrero de 1997 Y 411 Del 6 De Septiembre De 2000

ACTA DE OTORGAMIENTO DE CERTIFICADOS No 2166

En la ciudad de santa marta, departamento del Magdalena, República de Colombia, a las 7:00 PM del día 14 de Septiembre de 2002, se llevó a cabo el acto solemne de entrega de certificados de aptitud ocupacional en:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

A : MARIDIS RAMOS MARQUEZ

El aspirante terminó sus estudios, y cumplió todos los demás requisitos exigidos por la institución para optar el certificado, tales como haber aprobado todos los módulos de formación, de conformidad con el reglamento vigente y se encuentra a Paz y Salvo con la institución por todo concepto.

La solemnidad estuvo presidida por los suscritos Director, Coordinador Académico, Secretaria General de la institución y Cuerpo Docente.

Numero de horas 2400

Para constancia se firma la presente acta en el numero de copias que ordena el reglamento académico

DIRECTOR ACADEMICO

COORDINADOR ACADEMICO

Powered by CamScanner

CETECOS

CORPORACION DE ESTUDIOS TÉCNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

ACTA DE CERTIFICADOS No. 0807

En la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, República de Colombia, a las 7:30 p.m. del día 24 de Agosto de 2.002, se llevó a cabo el acto solemne de entrega de certificados de Aptitud Ocupacional y conocimientos académicos como técnico en:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

A:

MARIDIS RAMOS MARQUEZ

C.C. 26.689.372 de Aracataca (Magdalena)

El aspirante terminó sus estudios, y cumplió todos los demás requisitos exigidos por la institución para optar el certificado, tales como haber aprobado todos los módulos de formación, de conformidad con el reglamento vigente y se encuentra a Paz y Salvo con la institución por todo concepto.

La solemnidad estuvo presidida por los suscritos Director, Coordinador Académico, Secretaria General de la Institución y el Cuerpo Docente.

Número de Horas: 1800

Para Constancia se firma la presente acta en el número de copias que ordena el Reglamento Académico.

DIRECTOR ACADEMICO
CARLOS GONZALEZ GUTIERREZ

COORDINADOR ACADEMICO
JAIRO GARCIA LOPEZ

Powered by CamScanner

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
Secretaría Seccional de Salud
Despacho

RESOLUCION No. 47 1955

"Por la cual se registra un título"

LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994. según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **MARIDIS RAMOS MARQUEZ,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 26,689,372, expedida en Aracataca - Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACION** para desempeñarse como **TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA,** según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL CON CONOCIMIENTOS ACADEMICOS, otorgado por **LA CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA - CETECOS,** con Acta de Certificados Nº 0807 del 24 de Agosto de 2002.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes:

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **MARIDIS RAMOS MARQUEZ,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 26,689,372, expedida en Aracataca - Magdalena, para desempeñarse como **TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA,** en el territorio Nacional e Inscribirlo (a) para laborar en el Departamento.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizó el Titulo o Certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha: 23 JUL 2015

MANUEL NAVARRO RADA
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

Proyectó: Heissell Russo A.

Construyendo Respeto por el Magdalena
Secretariadesalud@magdalena.gov.co
Calle 23 No. 13 A 02
Teléfono: 57 54 319542

1910

Powered by CamScanner

Resultado General -2023-06-07→1:55:15 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	26689372	MARIDIS		RAMOS	MARQUEZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Sa constató que el (la) señor(a) MARIDIS RAMOS MARQUEZ identificado(a) con CC 26689372 registra La siguiente información:

2023-06-07→1:55:15 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Titulo	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2015-07-23	1955	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD MAGDALENA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en sal continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vige (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaria de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, m profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Powered by CamScanner

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: **900223619-0**

Reg. EN0225538-2018

CERTIFICA QUE:

MARIDIS RAMOS MARQUEZ

C.C. N° 26689372

ASISTIO A LA ACTUALIZACION DEL CURSO TALLER:

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y GENERO RESOLUCION 0459 DE 2012

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DE 2015, LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2009 EN EL CAPITULO V NUMERAL 8 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE CUARENTA Y SEIS (46) HORAS ACADEMICAS SEGÚN LO EXIGIDO POR LA RESOLUCION 2003 DEL 2014.
DESDE EL 27 AL 29 DE DICIEMBRE DEL 2018.

PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA MAGDALENA, EL DIA 29 DE DICIEMBRE 2018.

CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE ENTHA LTDA

MARIA JOSE SEPULVEDA GAMARRA
COORDINADORA ACADEMICA

Powered by CamScanner

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

NIT 901643467 - 3

CERTIFICA QUE:

MARIDIS RAMOS MARQUEZ

IDENTIFICADO (A) CON CÉDULA DE CUIDADANIA NRO. 26.689.472

ASISTIÓ AL CURSO DE:

RCP BÁSICO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN 12/12/2023 FECHA DE VENCIMIENTO 12/12/2024

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, DECRETO 4904 DE 2009 INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO, AVALADO POR MINISTERIO DE EDUCACIÓN DECRETO 3616 DE 2005. ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CUIDAD DE BOGOTÁ, LA PRESENTE SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

PARA LA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO ESCANEAR EL CÓDIGO QR, SOLICITAR AL CORREO GENFUTCOL@GMAIL.COM O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 3205931933

REPRESENTANTE LEGAL
DAVID LOPEZ

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3

GENFUTCOL

GERENTE GENERAL
MARTHA SILVA

Powered by CamScanner

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

MARIDIS RAMOS MARQUEZ

IDENTIFICADO (A) con C.C. 26.689.372

CURSÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

GESTIÓN DEL DUELO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN: 15-06-2023
FECHA DE VENCIMIENTO: 15-06-2024

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DAVID LOPEZ
REPRESENTANTE LEGAL

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3

GENFUTCOL

TATIANA URIBE
DOCENTE

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

MARIDIS RAMOS MARQUEZ

IDENTIFICADO (A) con C.C. 26.689.372

CURSÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN: 15-06-2023
FECHA DE VENCIMIENTO: 15-06-2024

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DAVID LOPEZ
REPRESENTANTE LEGAL

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3
GENFUTCOL

TATIANA URIBE
DOCENTE

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

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

Fecha: 17/Dic/2022, **Hora:** 10:02:58 a.m.
Apellido: Ramos Marquez **Nombre:** Maridis **HC:** # 75741
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 26689372 **Edad:** 61 años
Empresa: Particular **Sexo:** Femenino
Cargo: Auxiliar De Enfermeria **Nacim:** 29/Jun/1961
Direccion: Calle 65 No 17-77 Gaira **Rh:** AB+
Telefono: **Celular:** 3107201020 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 74 Kg **Estatura:** 157 Cm **IMC:** 30.0 **Escolaridad:** Bachiller **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Saludtotal **ARL:** Positiva **AFP:** Sin Definir

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

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

Observaciones

Mirta Cecilia Nuñez Gutierrez
Medico Especialista en Medicina del Trabajo y Salud Ocupacional

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

Maridis Ramos Marquez
CC 26689372

Huella
Digita

Powered by CamScanner

HAGO CONSTAR

Que la señora **MARIDIS RAMOS MARQUEZ** identificada con la cédula de ciudadanía No 26.689.372 de Aracataca, laboró en mi consultorio cargo de Enfermera desde el día 10 de febrero de 2009 hasta el día 11 abril de 2011; devengando un salario de $600.000 mensuales, demostrando ser una persona honesta, responsable, cumplidora con su cargo desempeñado.

La presente certificación se expide a los 1 días del mes de agosto del año 2011.

Atentamente,

Dr. Julio Cesar Diazgranados
Universidad Libre - Médico Cirujano
Calle 8 No. 9 - 100 Gaira
Celular 3145723811

JULIO CARBONO DIAZGRANADOS
Médico General
Cel: 3145723811

Powered by CamScanner

COOPSERVICIOS CTA.

COOPERATIVA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS CTA.

NIT. 900.155.730-9

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO COOPSERVICIOS CTA
NIT. 900.155.730-9

ACUERDO COOPERATIVO

Entre los suscritos a saber: **JUAN CARLOS ARISTIZÁBAL BERNAL**, mayor de edad, vecino de la ciudad de Manizales, quien obra en nombre y representación **DE LA COOPERATIVA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS COOPSERVICIOS CTA** Nit. 900.155.730-9, sociedad domiciliada en Manizales Caldas, constituida de acuerdo a los términos de la Ley 79 de 1988, y las normas Decreto 4588 del 27 de Diciembre de 2006, debidamente registrada ante la Cámara de Comercio de Manizales, con regímenes de trabajo asociado y de compensaciones, aprobados y registrados ante el ministerio de protección Social según resolución No. 175 del 22 de junio de 2007, quien para efectos de este contrato se llamará **"COOPSERVICIOS CTA"** por una parte y Haridis Ramos Marquez también mayor de edad y vecino (a) del municipio dc Santa Marta, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 26.689.372 de Aracataca quien para efectos de este contrato se llamará **"EL ASOCIADO TRABAJADOR", quien presente la respectiva solicitud de de admisión, la cual fue aprobada según Acta del Consejo de Administración No. _____ y quien declara que se le dio a conocer el estatuto, reglamentos internos y regímenes especiales de los cuales se conserva una copia.** Hacemos constar por medio del presente documento que hemos celebrado el acuerdo cooperativo el cual se rige en lo general por las normas establecidas en la Ley 79 de 1988 y el Decreto 4588 de 2006 y estatutos de los regímenes especiales de la cooperativa aprobados por el ministerio de la protección social según resolución N0. 175 del 22 de junio de 2007 y en lo particular por las siguientes cláusulas: **PRIMERA: "COOPSERVICIOS CTA"** vincula el trabajo personal de **"EL ASOCIADO TRABAJADOR"** y sus aportes económicos para el desarrollo de procesos en forma autogestionaria y autónoma: **"EL ASOCIADO TRABAJADOR"** por su parte y **"COOPSERVICIOS CTA"** vincula su trabajo personal de acuerdo con las aptitudes, capacidades y requerimientos de los procesos ofrecidos, sujetándose y acatando las regulaciones que establezcan los órganos de administración de **"COOPSERVICIOS CTA". SEGUNDA: "COOPSERVICIOS CTA"** regulará los actos de trabajo del **"ASOCIADO TRABAJADOR"** mediante el estatuto, un régimen de trabajo asociado, compensaciones, que el asociado manifiesta conocer y aceptar y los cuales hacen parte integral del presente contrato. **TERCERA:** las partes manifiestan expresamente que de acuerdo al Decreto 4588 del 2006, este acuerdo cooperativo no está sujeto a la legislación laboral ordinaria. **CUARTA: "EL ASOCIADO TRABAJADOR"** estará afiliado al sistema de seguridad social integral, en salud, pensión, riesgos profesionales y una caja de compensación familiar. **QUINTA: "EL ASOCIADO TRABAJADOR"** autoriza a **"COOPSERVICIOS CTA"** a deducir de las compensaciones a pagar los descuentos autorizados por el asociado, los estatutarios, los reglamentarios y los expresamente señalados por la Ley. **SEXTA: "EL ASOCIADO TRABAJADOR"** desarrollará el proceso de Gestor de vida

Powered by CamScanner

Sana y la compensación ordinaria tiene un valor al inicio del acuerdo de ($_____pesos) la cual puede ser fija o variable de acuerdo a la certificación del coordinador de la cooperativa, la cual se pagará mes vencido y será la base para las contribuciones al sistema de seguridad social (pensión, salud y riesgos profesionales) y a la caja de compensación familiar y para el cálculo de las compensaciones semestral, compensación anual, de descanso y el reconocimiento de los intereses de la anual. **PARAGRAFO 2:** El trabajador asociado recibirá un adiestramiento para el desarrollo del cargo de acuerdo con los lineamientos de la cooperativa, el cual no superará los 30 días calendario, al término del cual se valorará por la cooperativa si cumple las competencias para el proceso que le ha sido asignado. En caso de no superar dicha valoración, se le dará por terminado el puesto de trabajo asignado, sin que esto afecte su vinculación como asociado. **SEPTIMA: "EL ASOCIADO TRABAJADOR"** acepta y se compromete a cumplir las decisiones de los órganos de Administración y Vigilancia de **"COOPSERVICIOS CTA"** y contribuirá al desarrollo y prosperidad económica y social de todos los asociados y sus familias. **PARAGRAFO el asociado que en el desarrollo de su proceso maneje inventario de elementos bajo su responsabilidad o de dineros de la empresa contratante, debe constituir una póliza de MANEJO que ampare la eventual falla del servicio en cuantía no inferior a 20 S.M.M.L.M, En caso de no tener la póliza constituida el asociado autoriza a la cooperativa para constituir dicha póliza y esta sea descontada mensualmente de la compensación. OCTAVA: "EL ASOCIADO TRABAJADOR"** debe responder por los valores reportados en la caja como faltantes de dinero en el momento del cuadre diario así como los faltantes de inventario, los cuales podrán ser negociados para su pago dependiendo el monto, responderá igualmente por las pérdidas y daños que ocasione a los medios de labor, como equipos, etc. Para lo cual se autoriza desde ya a "COOPSERVICIOS CTA" para que descuente el valor de los mismos de sus compensaciones sin precisar una autorización adicional o diferente a ésta, además debe mantener los elementos de seguridad industrial y la dotación propia del proceso que desarrolla, como la identificación de **"COOPSERVICIOS CTA". NOVENA**: las partes acuerdan que no constituye compensación los pagos realizados por **movilización,** desplazamiento, viáticos y gastos de representación necesarios para desarrollar el proceso, que perciba el **"ASOCIADO TRABAJADOR"** por lo tanto no se tendrán en cuenta ninguna de las liquidaciones que se tengan previstas y bases de contribuciones a los sistemas de seguridad social y cajas de compensación familiar. **DECIMA:** El asociado trabajador debe acatar si es el caso la rotación en los puestos de trabajo. **DECIMA PRIMERA:** El Trabajador asociado que voluntariamente renuncie a su frente de trabajo o se quiera desvincular como asociado de la cooperativa debe informar con una anticipación de 30 días con el fin de ubicar el asociado que lo ha de reemplazar para no entorpecer el proceso contratado con el cliente y evitar que se hagan efectivas las pólizas de cumplimiento en contra de la cooperativa. Una vez el **"TRABAJADOR ASOCIADO"** se retire o se suspenda el frente de trabajo debe esperar que la Cooperativa procure ubicarlo en un frente de trabajo. Una vez el **"ASOCIADO TRABAJADOR"** se retire o se suspenda el frente de trabajo debe esperar que la Cooperativa procure ubicarlo en un frente de trabajo. **PARAGRAFO:**

Powered by CamScanner

COOPSERVICIOS CTA.

COOPERATIVA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS CTA.

NIT. 900.155.730-9

RESPONSABILIDAD. Desde la firma del presente convenio el trabajador asociado autoriza a la cooperativa, para repetir en su contra, cualquier suma de dinero que ésta haya tenido que cancelar como tercero responsable por actos u omisiones en el desarrollo de su proceso. **DECIMA SEGUNDA:** Este contrato rige a partir del 14 de mayo de 2011 y terminará: **A.** Por retiro voluntario **de "EL ASOCIADO TRABAJADOR". B.** Por exclusión según lo establecido en el estatuto y en el régimen de trabajo asociado. **C.** Por imposibilidad de la Cooperativa para mantener el puesto de trabajo. **D.** por muerte del asociado y en general por las causales contempladas en el estatuto y los regímenes.

Para constancia se firma y sella en Manizales a los 14 **días del mes de** mayo **de 2011**

JUAN CARLOS ARISTIZÁBAL BERNAL
C.C. 75.066.001
GERENTE COOPSERVICIOS CTA

Haidys Ramos
TRABAJADOR ASOCIADO
C.C. 26689372

Powered by CamScanner

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONTRATANTE:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE"
CONTRATISTA:	MARIDIS RAMOS MARQUEZ
Nº. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	26.689.372 DE ARACATACA (MAGDALENA)
OBJETO:	PRESTAR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA TODA LA POBLACION USUARIA EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
VALOR:	CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($4.500.000)
TERMINO DE EJECUCION:	TRES (3) MESES
SUPERVISOR:	UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS Y TOCOFANOS

Entre los suscritos **LUIS OSCAR GALVES MATEUS** Mayor de edad, Identificado con Cedula de Ciudadanía N° 71.663.944 de Medellín (Antioquia), domiciliado y residenciado en la ciudad de Santa Marta, departamento del Magdalena, en calidad de Agente Especial Interventor y obrando en nombre y representación legal según resolución número 002304 del 11 de mayo del 2020; de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE"** con Nit. 891.780.185 - 2, creado mediante Decreto No 377 del 23 de Diciembre de 2005, cuya denominación fue modificada mediante Ordenanza N° 084 del 03 de Diciembre de 2018, debidamente facultado para contratar de conformidad con el manual de contratación de la entidad, quien en lo sucesivo y respecto de este contrato se denominara **EL HOSPITAL**, por una parte y por la otra **MARIDIS RAMOS MARQUEZ** igualmente mayor de edad domiciliado(a) y residenciado(a) en la ciudad de santa marta, departamento del Magdalena, identificado con C.C N° 26.689.372 expedida en ARACATACA (MAGDALENA) quien en lo sucesivo respecto de este contrato se denominara el **CONTRATISTA**, hemos convenido en celebrar el presente contrato de prestación de servicios de conformidad con lo previsto en el manual de contratación de la entidad, la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA - OBJETO:** PRESTAR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA TODA LA POBLACION USUARIA EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. **SEGUNDA: CONSIDERACIONES PREVIAS E INDISPENSABLES**: Es entendido que por la suscripción del presente contrato de prestación de servicios, nacen entre las partes actividades de Coordinación para el desarrollo eficiente de la actividad contratada y que en tal virtud, se imponen unas cargas que buscan poner en práctica tales actividades, de parte del contratista, en tal virtud: I. El **CONTRATISTA** se obliga a: Obrar con la diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el gerente y/o el supervisor de la orden.**1.** Realizar todas y cada una de las actividades relacionadas en el estudio de conveniencia, necesidad y oportunidad, en las cantidades que se indiquen y con las caracteristicas técnicas exigidas las cuales hacen parte INTEGRAL de la presente orden, cuyo contenido conoce a cabalidad el contratista. **2.** Garantizar que en la prestación del servicio cumpla estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento, las cuales se deben ajustar a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. **3.** Aportar a la E.S.E., la hoja de vida con sus respectivos soportes, los documentos de identificación y los de más que le sean solicitados **4.** Portar y usar sus EPI (Elementos de protección Individual) para realizar el servicio contratado y atender las recomendaciones en materia de salud ocupacional y seguridad industrial que efectúe la E.S.E **5.** Estar afiliado al **SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (S.G.S.S).** (salud, pensión, ARL) respectivamente. **6.** El Contratista se compromete a cumplir la política de fomento, protección y apoyo de la Lactancia Materna, en concordancia con lo establecido en la estrategia Institución amiga de la Mujer y la Infancia IAMI. Integral y Banco de Leche Humana. **7.** El valor facturado dependerá de los servicios prestados por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato. **8.** Asistir de manera obligatoria a todas las capacitaciones y jornadas académicas que programe el Hospital en Pro del mejoramiento continuo de los procesos y el sistema obligatorio de la garantía de la calidad. **9.** En caso de inasistencia a capacitaciones, jornadas académicas y turnos programados, deberán notificarse en el término no mayor a tres días ante el supervisor del área con prueba siquiera sumaria de la incapacidad que genera la inasistencia **10.** Las demás que determine el Gerente, el supervisor y que se deriven de las necesidades de la ESE. **11.** El contratista manifiesta que conoce los estándares de acreditación en salud, aplicables al área en el cual prestara sus servicios; tales como Seguridad en el Paciente, Humanización, Gestión del Riesgo, Gestión de la Tecnología y el Mejoramiento de la Calidad, entre otros; los cuales se compromete al cumplimiento de los mismos. **12.** El contratista se compromete a responder por todos y cada uno de los insumos, suministros, herramientas, dotación, implementación, inventarios y/o materiales que le sean puestos a su disposición para la prestación de servicios realizados, por lo que los mismos quedaran a cargo del coordinador, administrador o contratista y este responderá con ellos, autorizando que el valor del mismo sea descontado automáticamente de los honorarios pactados en caso de pérdida o extravío injustificado, de acuerdo con el deber de cuidado y diligencia inmerso en el contrato **TERCERA -**

Vigilado Supersalud
Powered by CamScanner

INFORMES: El Contratista deberá presentar los informes correspondientes a la ejecución del objeto contractual; en el cual especificara las actividades encomendadas y realizadas; identificando los periodos correspondientes los cuales deberán ser aprobados por el supervisor del presente Contrato, así mismo, entregara el material en medio físico y digital cuando su supervisor lo requiera CUARTA - VALOR: El valor de la presente orden es de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($4.500.000) QUINTA- FORMA DE PAGO: El presente contrato se pagara en TRES (3) cuotas por valor de UN MILLÓN QUINIENTOS MIL PESOS ($1.500.000), una vez el supervisor expida la certificación de cumplimiento del objeto contractual junto con la verificación de los aportes al SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (S.G.S.S), y los documentos que soporten la prestación del servicio. . PARAGRAFO PRIMERO: El presente valor estará supeditado a los turnos realmente cumplidos por el contratista, estos serán confirmados por el área respectiva mediante la expedición de la certificación de actividades y/o a la asistencia de los turnos establecidos, además se podrán solicitar los documentos y medios de comprobación que la E.S.E considere necesario; el porcentaje de no cumplimiento será motivo de glosa del valor facturado por el contratista. PARAGRAFO SEGUNDO: La suspensión, cancelación y atrasos en la prestación del servicio que corresponda, que sea consecuencia del incumplimiento en los turnos estipulados en la propuesta, que hace parte del presente documento, sin justificación de ninguna especie, o incluso la justificación que el Supervisor del CONTRATISTA considere insuficiente, siempre que la inasistencia ocasione trastornos y/o alteraciones en la oportunidad de la prestación del servicio, será objeto de glosas en la orden que se genere, como si se tratara de una facturación cervuelta, por defectos originados por la actividad contratada. PARAGRAFO TERCERO: en caso en el que el desempeño profesional del contratista incurra en acciones u omisiones, las cuales generen glosas a las cuentas que presenta la E. S. E., por parte de las EPS, EPSS y Entes territoriales o que en su defecto, sean detectadas por la institución durante el proceso de facturación, que le impida el cobro del servicio, el contratista responderá por el pago de las sumas que la institución no pudiere recibir por tal causa, y deberá tomar las medidas que considere pertinentes SEXTA- DECLARACIONES DEL CONTRATISTA - El Contratista hace las siguientes declaraciones: 1). Conoce y acepta los Documentos del Proceso. 2). Tuvo la oportunidad de solicitar aclaraciones y modificaciones a los Documentos del Proceso y recibió del hospital universitario Julio Méndez Barreneche respuesta oportuna a cada una de las solicitudes. 3). Se encuentra debidamente facultado para suscribir el presente contrato. 4). El Contratista al momento de la celebración del presente contrato no se encuentra en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad. 5). Está a paz y salvo con sus obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral. 6). En los casos en que la Entidad Estatal contratante determine que el pago se hace de acuerdo con productos o entregables debe incluirse al detalle lo que debe entregar el Contratista para cada pago. 7). El valor del contrato incluye todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones relacionados con el cumplimiento del objeto del presente contrato. 8). El Contratista manifiesta que los recursos que componen su patrimonio no provienen de lavado de activos, financiación del terrorismo, narcotráfico, captación ilegal de dineros y en general de cualquier actividad ilícita; cumpliendo con los estándares del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo SARLAF, en la prevención del riesgo y cuyo objetivo es prevenir que se introduzcan al sistema financiero recursos provenientes de actividades relacionadas con el lavado de activos y/o de la financiación del terrorismo; de igual manera manifiesta que los recursos recibidos en desarrollo de éste contrato, no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas SEPTIMA - PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de duración del presente contrato será desde la legalización (suscripción del acta de inicio) de la presente contrato hasta el 30 de Septiembre del 2020. OCTAVA - IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL: LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, pagará el gasto que ocasione la presente contrato con la Disponibilidad Presupuestal N° 4504 de Junio del 2020, expedido por el Área Financiera de la E.S.E. NOVENA - SUPERVISOR: La Supervisión de la presente contrato estará cargo de la UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS Y TOCOFANOS o el funcionario que la Gerencia de la E.S.E designe, quien deberá: 1) Certificar la prestación de los servicios y el cumplimiento de las obligaciones, incluidas el pago de los aportes de ley y establecidos en el presente contrato ; 2) Suscribir las actas que se generen en virtud de la ejecución o desarrollo en el presente contrato; 3) Supervisar que el cumplimiento de las obligaciones contractuales en general; 4) Requerir al contratista por escrito cuando lo estime necesario para garantizar el cumplimiento del objeto contractual y las obligaciones generadas del mismo; 5) Vigilar la ejecución idónea del contrato y velar por que se ejecute dentro del término estipulado para ello. 6) Exigir al Contratista toda la documentación e información que requiera para el óptimo desarrollo en el presente contrato 7) Las demás que tengan por objeto el cumplimiento en el presente contrato. DECIMA- OBLIGACIONES DEL HOSPITAL: 1). Hacer uso de la cláusula de imposición de multas, la cláusula de terminación o cualquier otro derecho consagrado a la Entidad Estatal contratante de manera legal o contractual. 2). Hacer uso de las cláusulas excepcionales del contrato, siempre y cuando la Entidad Estatal Contratante considere incluirlas 3). Ejercer el respectivo control en el cumplimiento del objeto del contrato 4). Pagar el valor del contrato de acuerdo con los términos establecidos. 5). Prestar su colaboración para el cumplimiento de las obligaciones del Contratista. DECIMA PRIMERA - DOCUMENTOS DEL CONTRATO Los siguientes documentos hacen parte integral en el presente contrato 1) Disponibilidad y Registro Presupuestal 2) estudio de la necesidad de realizar en el presente contrato. 3) Los demás documentos que legalmente se requieran (fotocopia de la

Powered by CamScanner

cédula de ciudadanía, antecedentes disciplinarios de Procuraduría y contraloría, antecedentes Judiciales. Certificado antecedentes del sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia; soportes académicos y laborales. **DECIMA SEGUNDA - INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** Bajo la gravedad del juramento, que se entiende prestado con la aceptación en el presente contrato, declara el **CONTRATISTA** que no se halla incurso en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad previstas en el artículo 8 de la ley 80 de 1993, y que si llegare a sobrevenir alguna, actuará conforme lo dispone el artículo 9 de la preditada ley. **DECIMA TERCERA -PROPIEDAD INTELECTUAL:** Si de la ejecución del presente contrato resultan estudios, investigaciones, descubrimientos, invenciones, información, mejoras y/o diseños, éstos pertenecen a la Entidad Estatal contratante de conformidad con lo establecido en el Artículo 20 de la Ley 23 de 1982 y demás normas concordantes. Así mismo, el Contratista garantiza que los trabajos y servicios prestados a la Entidad Estatal contratante por el objeto de este contrato no infringen ni vulneran los derechos de propiedad intelectual o industrial o cualesquiera otros derechos legales o contractuales de terceros. **DECIMA CUARTA- CONFIDENCIALIDAD**. Además de las obligaciones que emanen de la naturaleza del contrato; el contratista receptor de la información confidencial estará obligado a LO SIGUIENTE: 1). MANTENER la información confidencial en ESTRICTA RESERVA y no revelar ningún dato de la información a ninguna otra parte, relacionada o no, sin el consentimiento previo escrito del divulgador. 2). EL CONTRATISTA, que se designe para la ejecución del presente contrato, se ABSTENDRA de divulgar, publicar o comunicar a terceros información, documentos, planos o fotografías relacionados con las actividades de la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche que conozcan por virtud de la ejecución del presente contrato o por cualquier otra causa. Para estos efectos, las partes convienen que toda la información que reciban se considera importante y confidencial y divulgarla o transmitirla puede lesionar los intereses de la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche o su reputación. 3). EL CONTRATISTA y/o sus dependientes se abstendrán igualmente de utilizar cualquier información procedente de la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche para cualquier fin diferente a la ejecución del presente contrato. De igual manera, la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche se abstendrá de divulgar o compartir con personas diferentes al personal de la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche los documentos, programas, estrategias y tarifas de EL CONTRATISTA. 4). El contratista divulgara **UNICAMENTE** la información a las personas AUTORIZADAS para su recepción dentro del Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, por lo tanto el contratista no manejara, usara, explotara o divulgara; la información confidencial a ninguna persona o entidad por ningún motivo en contravención a lo dispuesto en este contrato; salvo que sea expresamente autorizado para ello. **DÉCIMA QUINTA - PENAL PECUNIARIA:** EL **CONTRATISTA** se obliga a pagar a la **E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE** hasta una suma equivalente al diez por ciento (10%) del valor total en el presente contrato, a título de indemnización, por los perjuicios que ocasione en caso de incumplimiento de sus obligaciones contractuales. Este valor ingresará a la Tesorería del Hospital. EL **CONTRATISTA** autoriza a EL **HOSPITAL** para que dicho valor sea descontado directamente de saldos a su favor. **DÉCIMA SEXTA - RELACIÓN LABORAL:** La presente contrato no genera relación laboral alguna con el contratista, ni tampoco el pago de prestaciones sociales ni de ningún tipo de emolumento diferente al valor aquí acordado. **DÉCIMA SEPTIMA:** Verificado el plan de cargos de la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, se pudo corroborar, que no existe personal suficiente que desarrolle las funciones que se señalan como actividades especificas dentro del presente contrato de Prestación de servicios. **DÉCIMA OCTAVA - SUSPENSION DEL CONTRATO.-** Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobado, o interés del servicio público, se podrá de común acuerdo entre las partes, suspender temporalmente la ejecución del presente contrato mediante la suscripción de un acta en la que conste tal evento, sin que para los efectos del plazo extintivo se compute el tiempo de la suspensión. **DECIMA NOVENA – TERMINACIÓN:** el presente contrato de Prestación de Servicios se podrá dar por terminada: 1) Por mutuo acuerdo entre las partes, caso en el cual se procederá a liquidar el contrato de Prestación de Servicios de tal manera que queden expresamente determinados los servicios efectivamente prestados y el valor proporcional de los mismos. 2) Por incumplimiento de cuales quiera de las obligaciones o incumplimiento del objeto del contrato 3) El contratista deberá informar al Hospital con una antelación no superior a diez días hábiles, su voluntad de no continuar con el contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO: EL HOSPITAL** Procederá la terminación unilateral en los siguientes casos sin que dé lugar a indemnización por dicha causa: 1) cuando las exigencias del servicio público lo requieran o la situación de orden público lo imponga. 2) por muerte o incapacidad física permanente del contratista. 3) Por interdicción Judicial. 4) Por incumplimiento manifiesto de las obligaciones contractuales con ocasión a la prestación de servicios de salud si con su conducta activa u omisiva existió dolo o culpa grave en la actuación contractual en los términos de la constitución y de la ley. **VIGESIMA - MECANISMO PARA LA SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS CONTRACTUALES**: las partes podrán dirimir las controversias que se susciten con ocasión a la actividad contractual, agotando el siguiente procedimiento: A) recurrir primero al arreglo directo, cuya etapa no podrá ser superior a cinco (5) días hábiles. B) si fracasa la etapa anterior, podrá recurrirse a la conciliación prejudicial o la transacción. **VIGESIMA PRIMERA - CLÁUSULA COMPROMISORIA.** Las partes convienen que en el evento que surja alguna diferencia entre las mismas, por razón o con ocasión en el presente contrato, será resuelta por un tribunal de arbitramento constituido en la cámara de comercio de Santa Marta siendo este el domicilio contractual, el cual decidirá en derecho, integrado por Un (1) árbitro designado conforme a la Ley. Los arbitramentos que

VIGILADO Supersalud

Powered by CamScanner

ocurrieren se regirán por lo dispuesto en el Decreto 2279 de 1991, en la Ley 23 de 1991 y en las demás normas que modifiquen o adicionen la materia. **PARÁGRAFO UNICO:** La anterior cláusula la pactamos de conformidad al artículo 1602 del Código Civil, que dispone: "Los contratos son ley para las partes. Todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes, y no puede ser invalidado sino por consentimiento mutuo o por causales legales". **VIGESIMA SEGUNDA - AFILIACION Y APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL:** El contratista acreditara su afiliación y aporte mensual al sistema General de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos profesionales mediante la presentación mensual de los correspondientes Pagos cotizando con el IBC (Ingreso Base de Cotización) en el presente contrato. **VIGESIMA TERCERA - CESIÓN DEL CONTRATO: EL CONTRATISTA** Este contrato es INTUITU PERSONAE por lo tanto no podrá ceder la ejecución en el presente contrato de prestación de servicios a persona alguna natural o jurídica. **VIGESIMA CUARTA - RESPONSABILIDAD POR DAÑOS O PERJUICIOS: EL CONTRATISTA** autoriza al Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche descontar de sus honorarios el respectivo valor por los perjuicios económicos o materiales debidamente comprobados al Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, ocasionados por su comisión u omisión relacionada con la ejecución de la presente contrato de Prestación de Servicios sin perjuicio de las acciones legales a las que haya lugar de acuerdo a lo estipulado por el manual de contratación de la E.S.E. Lo anterior previo agotamiento, del debido proceso, y derecho a la defensa. **VIGESIMA QUINTA - DE LOS CONTRATISTAS:** Los contratistas responderán civil, fiscal y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual en los términos de ley, previo agotamiento del debido proceso y del derecho a la defensa. **PARÁGRAFO PRIMERO:** El contratista debe tomar las medidas necesarias para garantizar la custodia y preservación de los bienes del contratante bajo su uso (controles de manejo, revisiones de equipos, polizas de manejo e.t.c.) so pena de responder como contratista por el daño o perdida de los implementos utilizados, ya sea en reposición o al precio comercial del bien, o perdida de información descuento que autoriza a efectuar de los honorarios por percibir, autorización que se entiende expresa y escrita por cada caso en particular. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** El contratista asume directa y personalmente la responsabilidad que se derive de una mala practica en el desarrollo del objeto contractual y expresamente exonera al **CONTRATANTE** por lo eventos en que el cliente, usuario o un tercero, sufra algún tipo de perjuicio siempre y cuando no se deban a un evento de fuerza mayor o caso fortuito, los cuales lo exoneran de responsabilidad. **PARÁGRAFO TERCERO:** El contratista de prestación de servicios que tenga a su cargo documentos, información, bienes, recursos del hospital y servicios deberá suscribir el acta respectiva con el supervisor del presente contrato. **VIGÉSIMA SEXTA - LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** para todos los efectos legales relacionados con el presente contrato, las partes acuerdan como domicilio, la ciudad de Santa Marta, donde para constancia y de conformidad con su contenido lo suscriben

EL HOSPITAL

LUIS OSCAR GALVIS MATELUS
AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR

REVISO Y APROBÓ ANA MARIA CORDOBA LEAL
JEFA OFICINA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO

PROYECTÓ DAYANA BOLAÑO BAUTISTA
ABOGADA CONTRATISTA OFICINA JURIDICA
Y DE CONTROL DISCIPLINARIO

EL CONTRATISTA

MARIDIS RAMOS MARQUEZ
C.C. N° 26.689.372 DE ARACATACA (MAGDALENA)

Vigilado Supersalud

Powered by CamScanner

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 26689372 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 05/12/2023 02:07 PM

Código Verificación: **EVHR8BFDUL**

Válida hasta: **04/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Powered by CamScanner

[redacted] 1 dosis

...lo en Colombia.
...ir a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Maridys

Apellidos: Ramos Marquez

Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte No. 26689372

Fecha de nacimiento: Día 29 Mes 06 Año 1961

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora - Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Tetánico Tetánica - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Tdap acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	27/12/21	UFA200D8	Belkys M
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

Powered by CamScanner

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Maridis
Apellidos: Ramos Marquez
Documento de identidad: CC ✓ TI Pasaporte No 26659372
Fecha de nacimiento: Día 29 Mes 06 Año 1961

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Tétanos Tetanos - Difteria (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Td* acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Amarílica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	13/3/22	VBD222014	Humana/Ecu
Otras				

Powered by CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Maridis

Apellidos: Ramos Marquez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál

No. 26689372

Fecha de nacimiento: Día 29 Mes 06 Año 1961

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	29/03/2021	Astrazeneca	CTMAV519	HUMB	Erika Aguirre	64865701
Refuerzo	2	29/05/2021	Astrazeneca	NHO 163	HLY	Astrid Alvarez	47432117
		28 02 2022	Astrazeneca	NM 0119	UMF Soledad	Monica Camargo	1045511400

Powered by CamScanner

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 18:25

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARIDIS		RAMOS	MARQUEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	26689372

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	ARACATACA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

Powered by CamScanner

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$1.800.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$1.800.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Powered by CamScanner

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento | Número

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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:

Powered by CamScanner

Bogotá, Diciembre / 4 de 2023

Señor (a): MARIDIS RAMOS MARQUEZ
CC. 26689372
CL 29K 21 A1 4 LOS LAURELES
SANTA MARTA

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Enero / 25 de 2019, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. 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. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

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 y 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.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO SUB 7034
RADICADO No. 2020_6540321 19 ENE 2021

POR MEDIO DE LA CUAL SE RESUELVE UN TRÁMITE DE PRESTACIONES EN EL RÉGIMEN DE PRIMA MEDIA CON PRESTACIÓN DEFINIDA
(INDEMNIZACIÓN SUSTITUTIVA DE PENSION DE VEJEZ – ORDINARIA)

EL SUBDIRECTOR DE DETERMINACION DE LA DIRECCION DE PRESTACIONES ECONOMICAS DE LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, en uso de las atribuciones inherentes al cargo y,

CONSIDERANDO

Que el (la) señor(a) RAMOS MARQUEZ MARIDIS, identificado(a) con CC No. 26,689,372, solicita el 7 de julio de 2020 el reconocimiento y pago de una indemnización sustitutiva de una pensión de vejez, radicada bajo el No 2020_6540321.

Que el (la) peticionario(a) ha cotizado los siguientes tiempos de servicio:

ENTIDAD LABORO	DESDE	HASTA	NOVEDAD	DIAS
AGROINDUSTRIAS ROL LTDA	19860129	19861231	TIEMPO SERVICIO	337
AGROINDUSTRIAS ROL LTDA	19870101	19871231	TIEMPO SERVICIO	365
AGROINDUSTRIAS ROL LTDA	19880101	19880405	TIEMPO SERVICIO	96
KARIME PATRICIA AMAYA VELEZ	20071001	20071031	TIEMPO SERVICIO	30
KARIME PATRICIA AMAYA VELEZ	20071101	20071231	TIEMPO SERVICIO	60
KARIME PATRICIA AMAYA VELEZ	20080101	20080129	TIEMPO SERVICIO	29
KARIME PATRICIA AMAYA VELEZ	20080201	20080229	TIEMPO SERVICIO	30
KARIME PATRICIA AMAYA VELEZ	20080301	20080329	TIEMPO SERVICIO	29
KARIME PATRICIA AMAYA VELEZ	20080401	20080429	TIEMPO SERVICIO	29
KARIME PATRICIA AMAYA VELEZ	20080501	20080529	TIEMPO SERVICIO	29
KARIME PATRICIA AMAYA VELEZ	20080601	20080629	TIEMPO SERVICIO	29
KARIME PATRICIA AMAYA VELEZ	20080701	20080729	TIEMPO SERVICIO	29
KARIME PATRICIA AMAYA VELEZ	20080801	20080826	TIEMPO SERVICIO	26
KARIME PATRICIA AMAYA VELEZ	20080901	20081029	TIEMPO SERVICIO	59
KARIME PATRICIA AMAYA VELEZ	20081101	20081128	TIEMPO SERVICIO	28
KARIME PATRICIA AMAYA VELEZ	20081201	20081229	TIEMPO SERVICIO	29
COOP DE TRABAJO	20110501	20110526	TIEMPO SERVICIO	26

Powered by CamScanner

promedio de lo cotizado por el tiempo en que el asegurado efectuó cotizaciones al Seguro Social.

Que en tal orden de ideas, para acceder a la prestación solicitada el afiliado debe reunir los siguientes requisitos: 1) No contar con el número de semanas cotizadas para acceder a la pensión de vejez, 2) Manifestar su imposibilidad de continuar cotizando al Sistema y 3) Contar con la edad de pensión correspondiente a 55 años en el caso de las mujeres y 60 en el caso de los hombres, la cual aumentara a 57 años mujeres y 62 años hombres, a partir del año 2014 como lo establece el artículo 9° de la ley 797 de 2003.

Que finalmente, el artículo 6 del Decreto 1730 de 2001, establece en cuanto a la incompatibilidad de la presente prestación que

> *"salvo lo previsto en el artículo 53 del Decreto 1295 de 1994, las indemnizaciones sustitutivas de vejez y de invalidez, son incompatibles con las pensiones de vejez y de invalidez.*
>
> *Las cotizaciones consideradas en el cálculo de la indemnización sustitutiva no podrán volver a ser tenidas en cuenta para ningún otro efecto."*

Que la presente prestación constituye un pago único.

Que se procede a efectuar la siguiente liquidación conforme a la normatividad anteriormente mencionada y 556 semanas así:

AÑO	FACTOR	VALOR ACUMULADO	VALOR IBL	VALOR ACTUALIZADO
1986	IBC	196,876.00	196,876.00	8,566,739.00
1987	IBC	257,040.00	257,040.00	9,247,330.00
1988	IBC	80,845.00	80,845.00	2,345,192.00
2007	IBC	1,301,700.00	1,301,700.00	2,203,202.00
2008	IBC	5,328,400.00	5,328,400.00	8,533,089.00
2011	IBC	4,155,000.00	4,155,000.00	5,872,625.00
2012	IBC	5,670,000.00	5,670,000.00	7,725,737.00
2013	IBC	3,514,867.00	3,514,867.00	4,675,154.00
2015	IBC	3,220,000.00	3,220,000.00	4,053,102.00
2016	IBC	8,245,033.00	8,245,033.00	9,720,189.00
2017	IBC	8,856,000.00	8,856,000.00	9,872,780.00
2018	IBC	9,348,863.00	9,348,863.00	10,012,710.00
2019	IBC	9,937,392.00	9,937,392.00	10,315,013.00
2020	IBC	8,780,000.00	8,780,000.00	8,780,000.00

Indemnización = $12,051,075.00

SON: DOCE MILLONES CINCUENTA Y UN MIL SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE.

Son disposiciones aplicables: Ley 100 de 1993, y C.P.A.C.A.

En mérito de lo expuesto,

R E S U E L V E:

Powered by CamScanner

SUB 7034
19 ENE 2021

ARTÍCULO PRIMERO: Reconocer y ordenar el pago de una Indemnización Sustitutiva de la Pensión de Vejez por una sola vez, a favor del (a) señor(a) RAMOS MARQUEZ MARIDIS, ya identificado, en cuantía de $12,051,075.00 DOCE MILLONES CINCUENTA Y UN MIL SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO: El presente pago único será ingresado en la nómina del periodo 202102 que se paga en el periodo 202103 en la central de pagos del banco BBVA COLOMBIA de SANTA MARTA CR 2 6 38 EL RODADERO.

ARTÍCULO TERCERO: Esta indemnización estará a cargo de:

ENTIDAD	DIAS
ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES	3897

ARTÍCULO CUARTO: La presente Indemnización Sustitutiva de pensión Vejez es incompatible con las pensiones de vejez y de invalidez. Salvo lo dispuesto en el artículo 53 del decreto 1295 de 1994.

ARTÍCULO QUINTO: Notifíquese al (la) Señor (a) RAMOS MARQUEZ MARIDIS haciéndole saber que en caso de inconformidad contra la presente resolución, puede interponer por escrito los recursos de Reposición y/o Apelación. De estos recursos podrá hacerse uso dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación, manifestando por escrito las razones de inconformidad, según el C.P.A.C.A.

Dada en Bogotá, D.C. a:

COMUNIQUESE NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE

MARCELA ANDREA ZULETA MURGAS
SUBDIRECTORA DE DETERMINACION VIII
COLPENSIONES

MARIA ANGELICA CARDENAS CASAS
ANALISTA COLPENSIONES

ANA BOLENA JIMENEZ RAMIREZ

JUAN ALVARO RUIZ SILVA
Revisor

Powered by CamScanner

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos													Sexo	
Maridis Ramos Mangos.													M	F
														X

Tipo de Documento								Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP				14-DIC-1981

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		1		X			X

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
29 06 61		Calle 29 K cra 21A-4 Laureles	SANTA MARTA	MAGD.

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
MaridisRamos@hotmail.ES.	3107201020	

Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado		8	6	9	2

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
	APOYO TERAPEUTICO

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
HUSMB	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUX DE ENFERMERIA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
Cra 14 #23-42 Alcazares	SANTA MARTA	ALCAZARES	4365001

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales		Total Egresos mensules	
Otros Ingresos Mensules		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministra	Mes / Año	Es declarante?	SI / NO
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?			N/A
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?			N/A
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:			

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades licitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilicitas 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 estadisticos, 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

5. FIRMA Y HUELLA

Maridis Ramos Mangos.

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

_____

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

Powered by CamScanner