REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.082.872.404

MOSCARELLA VALLE

APELLIDOS

MIGUEL ANTONIO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-DIC-1987

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

17-ENE-2006 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00126361-M-1082872404-20081110 0005667110A 1 24326277

Scanned by CamScanner

SIJI

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1082872404**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1082872404	MOSCARELLA	VALLE	MIGUEL	ANTONIO	01/09/21

Todos los Derechos Reservados © Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022

Powered by CamScanner

Señores
Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche
Ciudad

Asunto: Presentación propuesta de prestación de servicios.

Cordial Saludo,

Yo, **MIGUEL ANTONIO MOSCARELLA VALLE**, Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía Nº 1.082.872.404 expedida en Santa Marta (Magdalena), pongo a consideración mi hoja de vida para la prestación de servicios como **ASESOR JURIDICO** en el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.

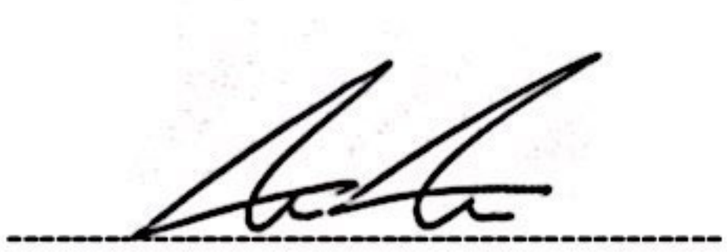
Servicios que prestare ajustándome a las agendas y cronogramas de actividades suscrito con el supervisor, dentro de los diferentes horarios de prestación de los servicios definidos por la entidad.

Declaro que no me encuentro incurso en alguna de las inhabilidades o incompatibilidades a que se refiere el artículo 8º de la Ley 80 de 1993.

Por lo anterior, manifiesto mi interés de ofrecer mis servicios con calidez y calidad, acorde a las necesidades y políticas de la entidad, y en caso de requerirse, prestaré mis servicios en cualquier unidad funcional diferente a la inicialmente designada.

Igualmente señalo como dirección a donde pueden remitir por correo documentos, notificaciones o comunicaciones:

Dirección: Cra 17 #26ª-45
Teléfono: 3107632753
Ciudad: Santa Marta
Correo electrónico: migmos651@hotmail.com
Atentamente,



MIGUEL ANTONIO MOSCARELLA VALLE
C.C. 1.082.872.404 de Santa Marta (Magdalena)

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Militar Reservista Clase

NÚMERO 1082872404

APELLIDOS Y NOMBRES

MOSCARELLA VALLE
MIGUEL ANTONIO



PERTENECE AL EJÉRCITO DE

1ª LÍNEA	2ª LÍNEA	3ª LÍNEA
31 - DIC	31 - DIC	31 - DIC
	2017	2027

2037

PROFESIÓN BACHILLER

FECHA DE EXP.: 10-ENE-2008

VALIDEZ PERMANENTE

COTE DE DISTRITO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJÉRCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
   - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
   - Ingresar a la carrera administrativa.
   - Tomar posesión de cargos públicos.
   - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior.

2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

2183930

EJ BEL SAS

Scanned by CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14806829138

(415)7707212489984(8020) 000001480682913 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 8 2 8 7 2 4 0 4	2	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	1 9	

IDENTIFICACIÓN

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

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
MOSCARELLA	VALLE	MIGUEL	ANTONIO

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: CR 17 26 A 45 BL A AP 101 ED SILVIA ROSA AV DEL RIO

42. Correo electrónico: migmos651@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
6 9 1 0	2 0 1 3 0 6 0 5					2 4 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

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 2022 - 01 - 18 / 15 : 41: 14

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 MOSCARELLA VALLE MIGUEL ANTONIO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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
Moscarella	Valle	Miguel Antonio

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1082872404	F ( ) M (X)	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 1082872404 D.M. 12

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 30 MES 12 AÑO 1987	krr 17 # 26a-45 conj silvia rosa apartamento 101-A			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO	0000000	EMAIL	migmos651@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2004
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN DERECHO ADMINISTRATIVO	03	2021	255962
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN DERECHO ADMINISTRATIVO	07	2016	
PREGRADO	10	X		DERECHO	12	2014	255962
PREGRADO	10	X		DERECHO	05	2014	255962

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
Diplomados	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	ACTUALIZACION DEL NUEVO CODIGO GENERAL DEL PROCESO	08	2013

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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*

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 3205436120	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	17	*Mes*	07	*Año*	2013	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR	*DEPENDENCIA* JURIDICA				*DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42 Alcazares						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	05	*Mes*	07	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año* 2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* OFICINA JURIDICA				*DIRECCIÓN* AVENIDA LIBERTADOR ENTRE CALLE 25 Y 26						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN CRISTOBAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* CIÉNAGA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	26	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	06	*Año* 2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* OFICINA JURIDICA				*DIRECCIÓN* carrera 21 con calle 5 esquina						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD FONDO CUENTA ESPECIAL DE ENTIDADES DESCENTRALIZADAS EN LIQUIDACION DEL DISTRITO DE SANTA MARTA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4219387	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2012	*Día*	31	*Mes*	12	*Año* 2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*				*DIRECCIÓN* CALLE 41 31 17 of 202-203						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	5	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	10
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	0

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

MIGUEL MOSCARELLA VALLE

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica: Resolución No. 24197 del 30 de Diciembre de 1965 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 3981 del 7 de Mayo de 1976 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1899 del 11 de Julio de 2002, expedida del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

MIGUEL ANTONIO MOSCARELLA VALLE

Con cédula de ciudadanía No. 1.082.872.404 de Santa Marta
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

ABOGADO

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Santa Marta el día 13 de Marzo de 2015

Director(a) Sede

Rector(a)

Gloria Patricia Ruiz J.
Secretario(a) General

No. 205 Libro de Registros No. 7 Registro No. 9219 Refrendado en Santa Marta el día 13 de Marzo de 2015

Scanned by CamScanner

UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA

Santa Marta

El Suscrito Secretario General de la **UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA**
Certifica copia textual del Acta General de Grado No. 218 del 22 julio del 2016
de la Escuela de Postgrados, **Especialización en Derecho Administrativo**

"ACTA DE GRADO No. 218

"En Santa Marta D.T.C.H., a los veintidós (22) día del mes de julio del año dos mil dieciséis (2016), se reunieron en el Auditorio "Rodrigo Noguera Laborde" de la UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA, las siguientes personas: el doctor **ALFREDO MÉNDEZ ALZAMORA**, Rector Seccional, el doctor **JULIO A. ROBERTO NIETO**, Decano de la Escuela de Postgrados, quien preside el Acto; y el Doctor **CAMILO NOGUERA ABELLO** Secretario General de la Universidad, quien actuó como Secretario de la reunión, con el fin de otorgar el grado de **ESPECIALISTA EN DERECHO ADMINISTRATIVO**, al señor **MIGUEL ANTONIO MOSCARELLA VALLE,** identificado con cédula de ciudadanía 1.082.872.404 expedida en Santa Marta, por haber cursado y aprobado en forma satisfactoria los módulos reglamentarios de la Especialización donde obtuvo calificaciones satisfactorias.

"Comienza con el nombre de: María José Ariza Daza
"Y Cierra con el nombre de: Jenniffer Karen Várgas Urzola

"TOMO: VI FOLIOS: 22-23

"El Señor Decano tomó el juramento en los términos siguientes: '*¿Juráis por Dios y prometéis a la Patria acatar y cumplir la Constitución y las leyes de la República de Colombia, defender su independencia y libertades, ejercer vuestra profesión de acuerdo con las normas de la moral cristiana y velar por el progreso y buen nombre de la Universidad* ***Sergio Arboleda***?'.

"El posgraduando, bajo la gravedad del juramento, contestó: '*Sí, lo juro'*. El Señor Decano dijo enseguida: "*Si así lo hiciereis, Dios y la patria os lo premien, si no, Él y Ella os lo demanden*".

"A continuación el señor Decano hizo entrega del Diploma que lo acredita como: **ESPECIALISTA EN DERECHO ADMINISTRATIVO".**

Es fiel copia del original que reposa en los archivos.

Santa Marta D.T.C.H, a los veintidós (22) día del mes de julio del 2016.

CAMILO NOGUERA ABELLO
Secretario General

Scanned by CamScanner

UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA

ESCUELA DE POSTGRADOS

LA UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA CON PERSONERÍA JURÍDICA RECONOCIDA MEDIANTE LA RESOLUCIÓN NO. 16377 DEL 29 DE OCTUBRE DE 1984 Y LA RESOLUCIÓN NO. 3472 DEL 8 DE AGOSTO DE 1996, EXPEDIDAS POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

TENIENDO EN CUENTA QUE

Miguel Antonio Moscarella Valle

C.C. 1.082.872.404 de Santa Marta.

CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIÓ LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA UNIVERSIDAD Y LAS DISPOSICIONES LEGALES, EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, LE OTORGA EL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN **Derecho Administrativo**

AL MISMO TIEMPO GARANTIZA, BAJO LA FE PÚBLICA DE QUE SE HALLA INVESTIDA POR MINISTERIO DE LA LEY, SU FORMACIÓN EN ESTA DISCIPLINA.

EN TESTIMONIO DE TODO LO CUAL, FIRMAMOS Y SELLAMOS ESTE DIPLOMA EN LA CIUDAD DE *Santa Marta*

EL DÍA *22* DEL MES DE *Julio* DEL AÑO DE *2016*

RECTOR

DECANO

SECRETARIO GENERAL

ACTA NO. 218 TOMO NO. VI FOLIO NO. 22-23

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL

Consejo Superior de la Judicatura

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO



NOMBRES:
MIGUEL ANTONIO

APELLIDOS:
MOSCARELLA VALLE

PRESIDENTE CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
WILSON RUIZ OREJUELA

UNIVERSIDAD
COOP. DE COL STA MARTA

FECHA DE GRADO
13 de marzo de 2015

CONSEJO SECCIONAL
BOGOTA

CEDULA
1082872404

FECHA DE EXPEDICION
17 de abril de 2015

TARJETA N°
255962

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO
Y SE EXPIDIO DE CONFORMIDAD CON LA
LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971
Y EL ACUERDO 180 DE 1998

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR
FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR
DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO
NACIONAL DE ABOGADOS

Scanned by CamScanner

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL
U. METROPOLITANA - U. SIMÓN BOLÍVAR
LIC. S. O. 1030 SSM

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 18/07/2022 Ciudad: SANTA MARTA, MAGDALENA
Empresa: E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Nombres y Apellidos: MIGUEL ANTONIO MOSCARELLA VALLE
CC: 1.082.872.4040 Sexo: M Edad: 34 AÑOS
Labor a Desempeñar: ASESOR JURIDICO OFICINA JURIDICA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

Previa asepsia y antisepsia, lavado de manos previo a atención del paciente, uso de EPP según protocolo de ministerio de Salud y ACIN con tapabocas N95, visor de protección facial, monogafas, traje antifluido tipo overol y guantes se procede a atender paciente. Acatando medidas frente a la emergencia sanitaria por COVID-19

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR
Recomendaciones y/o restricciones: o EXTREMAR MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD ANTE LA PANDEMIA COVID-19 o USO DE EPP o HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE o PAUSAS ACTIVAS

Hacemos constar que hemos realizado examen médico al trabajador y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes

No se realiza prueba de COVID 19 (ni sanguínea, ni molecular, test rapido)

Santander Marquez Bustamante
MEDICO CIRUJANO
RM:0556 S.S.M - Lic. 1030
UNIMETRO - UNIMONTE

SANTANDER MARQUEZ
Medico Laboral
R.M 0556 S.S.M Lic. S.O. 1301 S.S.M

CARRERA 24 # 19 – 07 Tel: 3126662123 - 3046817939
Santa Marta – Colombia

Secretaría General

P 849 05 JUL 2019

Santa Marta ALCALDÍA DEL CAMBIO

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES N° _____ DE 2019 CELEBRADO ENTRE EL DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA Y MIGUEL ANTONIO MOSCARELLA VALLE.

CONTRATISTA: MIGUEL ANTONIO MOSCARELLA VALLE
CEDULA CIUDADANIA: 1082872404
OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN ABOGADO EN LA SECRETARÍA DE SALUD DISTRITAL, OFICINA DE APOYO A LA GESTIÓN, CON EL FIN DE SUSTANCIAR LAS ACCIONES CONSTITUCIONALES INSTAURADAS ANTE LA DEPENDENCIA Y ATENDER LAS DEMÁS ACTUACIONES DE CARÁCTER JURÍDICO QUE SE REQUIERAN, VIGENCIA 2019.
VALOR: DIECIOCHO MILLONES DE PESOS M/CTE ($18.000.000,oo)
CDP: 1512 del 4 de julio de 2019
SUPERVISION: SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL

Entre los suscritos a saber, **EMIRO JOSE CASTRO MEZA,** mayor de edad, identificado con la con C.C. N° 1.082.917.043, en calidad de Secretario General, Delegado para contratar mediante el Decreto N° 073 de 2019, obrando en nombre y representación del **DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA,** con NIT N° 891780009-4; que para los efectos del presente contrato se denominará **EL DISTRITO,** por una parte, y por la otra **MIGUEL ANTONIO MOSCARELLA VALLE,** mayor de edad, con la Cédula de Ciudadanía N° 1082872404, quien en adelante y para efectos de este contrato se llamará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES,** previas las siguientes **CONSIDERACIONES**: Que actualmente, **EL DISTRITO**, mediante los respectivos estudios previos elaborados por la SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL, dio a conocer los fundamentos jurídicos y la necesidad a suplir mediante la ejecución de este contrato, documento que hace parte integral de este. **b)** Que el Concejo Distrital de Santa Marta, mediante el Acuerdo N° 013 del 30 de Noviembre de 2018, artículo 34, autorizó al Alcalde del D.T.C.H. de Santa Marta para celebrar durante la vigencia 2019, todo tipo de contratos, artículo que indica lo siguiente: "***ARTÍCULO TRIGESIMO CUARTO:*** *En virtud de la autonomía presupuestal a que se refiere la Constitución y la Ley, el Alcalde Distrital y los Directores o Gerentes de las Entidades descentralizadas que forman parte del Presupuesto General del Distrito tendrán la capacidad de contratar y comprometer a nombre de la persona jurídica de la cual hagan parte, y ordenar el gasto en desarrollo de las apropiaciones incorporadas en el presupuesto.*", **c)** Que una vez revisado el personal de planta de la Alcaldía Distrital de Santa Marta, se constató que aún, cuando existe personal con perfil apto para desarrollar el objeto contractual, es necesario contratar a una persona natural, toda vez que la carga laboral de los mismos no les permitiría ejercer las labores aquí descritas. **d)** Que en la Alcaldía Distrital, se recibió propuesta presentada por MIGUEL ANTONIO MOSCARELLA VALLE. **e)** Que se emitió certificación en la que se indica que MIGUEL ANTONIO MOSCARELLA VALLE cuenta con la idoneidad y experiencia suficiente para satisfacer con sus servicios la necesidad que EL DISTRITO señaló en los estudios previos que da origen a este contrato.

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, puede procederse a la suscripción, y perfeccionamiento de este contrato de servicios **PROFESIONALES** el cual se regirá por las siguientes:

CLAUSULAS

-CLÁUSULA PRIMERA. – OBJETO: El Contratista con plena autonomía técnica de su parte se obliga a la PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN ABOGADO EN LA SECRETARÍA DE SALUD DISTRITAL, OFICINA DE APOYO A LA GESTIÓN, CON EL FIN DE SUSTANCIAR LAS ACCIONES CONSTITUCIONALES INSTAURADAS ANTE LA DEPENDENCIA Y ATENDER LAS DEMÁS ACTUACIONES DE CARÁCTER JURÍDICO QUE SE REQUIERAN, VIGENCIA 2019. **-CLÁUSULA SEGUNDA. – ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO:** En desarrollo del objeto antes transcrito, el Contratista deberá ejecutar las siguientes actividades:

1. Emitir los conceptos jurídicos sobre proyectos de acuerdo, decretos y demás actos administrativos que estén relacionados con cada una de las de las funciones y competencias asignadas a la Secretaría de Salud Distrital.
2. Proyectar las respuestas dentro del trámite legal a las acciones de tutelas incoadas en contra la Secretaría de Salud Distrital, así mismo atender los procesos de tutela que sean necesarios para la defensa jurídica de la Secretaría de Salud.
3. Atender los procesos administrativos y requerimientos de los entes de control, Superintendencia de Salud, Ministerios y demás entidades.
4. Colaborar en la realización de impugnaciones e interponer recursos contra las decisiones adversas de la Secretaría de Salud del Distrito.
5. Proyectar los actos administrativos que en virtud de sus competencias la Secretaría de Salud deba expedir.
6. Proyectar las respuestas a los requerimientos, peticiones, recursos, quejas y solicitudes formuladas a la Secretaría de Salud Distrital por particulares o por los entes de control, Superintendencia de Salud, Ministerios y demás entidades.
7. Participar en las actividades programadas por la Secretaría de Salud Distrital relacionadas con el objeto y actividades contractuales.
8. Adelantar las demás actividades asignadas por el supervisor del contrato.

CLAUSULA TERCERA. – INFORMES: En desarrollo de las cláusulas 1 y 2 del presente contrato, el Contratista deberá presentar los informes o entregables en los que dé cuenta de las actuaciones realizadas, una vez al mes. Lo anterior, sin perjuicio de los informes que el supervisor requiera, cuando lo considere conveniente. **CLÁUSULA CUARTA. – VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO:** El Distrito de Santa Marta, para adelantar el proceso de contratación directa conforme a la exposición antepuesta, cuenta con un presupuesto de **DIECIOCHO MILLONES DE PESOS M/CTE ($18.000.000,oo),** en consideración a los servicios a prestar, experiencia e idoneidad probadas por el contratista y las actividades a desarrollar. El valor del contrato se pagará de la siguiente manera: mediante **CINCO MENSUALIDADES** cada una por la suma de **TRES MILLONES DE PESOS M/CTE ($3.000.000,oo),** y un último pago correspondiente a la fracción de los días realmente ejecutados y acreditados por el supervisor. **PARÁGRAFO**: Para efectos del pago de cada una de las Cuentas de Cobro deberán estar acompañadas de la documentación que exige la Secretaria de Hacienda

Distrital. **CLÁUSULA QUINTA. – PLAZO DE EJECUCION Y VIGENCIA:** El plazo para la ejecución del presente contrato será hasta el 31 de diciembre de 2019. Dicho plazo se contará a partir de la suscripción del ***Acta de Inicio*** del contrato, previo cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato. **VIGENCIA. -** Para todos los efectos legales la vigencia será por el término de duración del contrato y *Cuatro (4) Meses* más para efectos de liquidación; siempre y cuando el Contratante así lo requiera y solicite al Contratista. **CLAUSULA SEXTA. – GARANTIAS Y MECANISMOS DE COBERTURA DEL RIESGO:** Con fundamento en lo dispuesto en el Decreto 1082 de 2015, artículo 2.2.1.2.1.4.5, que señala: *"No obligatoriedad de garantías y la justificación para exigirlas o no debe estar en los Estudios y Documentos Previos"*, no se exigirán pólizas para el presente proceso de contratación. - **CLAUSULA SEPTIMA. – CAUSALES DE TERMINACIÓN:** El presente contrato se puede dar por terminado cuando: **a)** se declare la caducidad o la terminación unilateral, de conformidad con la Ley 80 de 1993, Artículos 17 y 18, **b)** por mutuo acuerdo de las partes. **c)** cuando se dé cumplimiento del objeto del contrato, y **d)** por vencimiento del plazo. - **CLAUSULA OCTAVA. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** El CONTRATISTA afirma bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma del presente contrato, no encontrarse incurso en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad que trata la Ley 80 de 1993 artículo 8º y si llegare a sobrevenir inhabilidad y/o incompatibilidad, se decidirá de conformidad con lo establecido en el artículo 9º de la citada Ley. -**CLAUSULA NOVENA. – SUPERVISIÓN:** La supervisión, control y vigilancia del contrato será ejercida por el encargado de la **Secretaría de Salud del Distrito de Santa Marta**, quedando obligado EL CONTRATISTA a suministrarle toda la información que le sea solicitada para verificar el correcto y oportuno cumplimiento de las obligaciones que contrae, de acuerdo con la Ley 80 de 1993, artículos 4° y 5°. El supervisor tendrá las siguientes funciones: **a)** Cumplir con las obligaciones establecidas para el efecto en materia legal. **b)** Podrá exigir al CONTRATISTA la información que considere necesaria en desarrollo del objeto del contrato. **c)** Velar por los intereses del DISTRITO y tendrá las funciones que por la índole y naturaleza del contrato le sean propias. **d)** Elaborar y suscribir conjuntamente con el CONTRATISTA las Acta a que haya lugar durante la ejecución del contrato, incluida el Acta de Inicio. **e)** Vigilar y requerir al CONTRATISTA para que cumpla con las obligaciones que se deriven del objeto del contrato. **f)** Expedir la Certificación Mensual del Recibido a Satisfacción del cumplimiento del objeto contractual, para efectos de cada pago correspondiente. **PARÁGRAFO:** Según el Decreto 019 de 2012, artículo 217, en los contratos de prestación de servicios, no será obligatorio su liquidación. **DECIMA: - LUGAR DE EJECUCION Y DOMICILIO CONTRACTUAL**: Para todos los efectos contractuales y legales atinentes a este compromiso, las partes acuerdan como domicilio la ciudad de Santa Marta - Magdalena. - **CLAUSULA DECIMA PRIMERA. - PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION:** El presente contrato requiere para su perfeccionamiento de la firma de las partes, la expedición del registro presupuestal correspondiente, la suscripción del acta de inicio, la acreditación de encontrarse el Contratista a paz y salvo por concepto de aportes al sistema de seguridad social integral y la aprobación de la garantía de que trata la cláusula sexta del presente Contrato, siempre y cuando la Entidad Estatal Contratante la requiera. - **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA: INCLUSIÓN DE CLAUSULAS**

Secretaría General

849

Santa Marta
ALCALDÍA
DEL CAMBIO

ADICIONALES: Que tanto **EL DISTRITO** como **EL CONTRATISTA** consideran incluidas en el presente contrato las cláusulas establecidas en el Decreto N° 0025 del 06 de febrero de 2019, publicado en la Gaceta Distrital edición 005 del 06 de febrero de 2019, por lo que manifiestan acogerse a estas. - **CLAUSULA DECIMA TERCERA. – NOTIFICACIONES:** Los avisos, solicitudes, comunicaciones y notificaciones que las partes deban hacer en desarrollo del presente contrato, deben constar por escrito y se entenderán debidamente efectuadas sólo si son entregadas personalmente o por correo electrónico a la persona y a las direcciones indicadas a continuación:

NOMBRE DEL CONTRATISTA	MIGUEL ANTONIO MOSCARELLA VALLE
DIRECCIÓN	Cr 17 No. 26A - 45, Conj Res Silvia Rosa Apto. 101
TELEFONO	3107632753
CORREO ELECTRONICO	migmos651@hotmail.com

Se suscribe en la Ciudad de Santa Marta - Magdalena, el 05 JUL 2019

EMIRO JOSE CASTRO MEZA
Secretario General
Delegado para contratar Dcto. No. 073 de 2019

MIGUEL ANTONIO MOSCARELLA VALLE
Contratista

SECRETARIA DE DESAROLLO DE LA SALUD DEL MAGDALENA

E.S.E. HOSPITAL SAN CRISTÓBAL DE CIÉNAGA

N. I. T. 800.130.625-2

394

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PSP -_____2018 CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL SAN CRISTOBAL DE CIENAGA Y MIGUEL ANTONIO MOSCARELLA VALLE

CONTRATANTE	E.S.E. HOSPITAL SAN CRISTOBAL DE CIENAGA
CONTRATISTA	MIGUEL ANTONIO MOSCARELLA VALLE
CEDULA DE CIUDADANIA	1.082.872.404
VALOR	DIECISIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/te ($17.500.000)
PLAZO DE EJECUCION	CINCO (5) MESES Y CINCO (5) DIAS, QUE VAN DEL 26 DE ENERO, AL 30 DE JUNIO DE 2018
FORMA DE PAGO	MENSUALIDADES VENCIDAS
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ASESOR JURIDICO DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN CRISTOBAL DE CIENAGA
SUPERVISION	PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE TALENTO HUMANO DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN CRISTOBAL DE CIENAGA

Entre los suscritos a saber **ANGEL RAFAEL FERNANDEZ GAMERO**, identificado con cedula de ciudadanía No. 12.614.330 expedida en Ciénaga - Magdalena, nombrado mediante el Decreto No. 0500 del 13 de Octubre de 2016 y acta de posesión No. 0201 del 13 de Octubre de 2016, expedida por la Gobernación del Departamento del Magdalenay quien para efectos del presente contrato se denominará LA E.S.E., por una parte y por la otra **MIGUEL ANTONIO MOSCARELLA VALLE** identificado con C.C. **1.082.872.404** quien se denominará EL CONTRATISTA, de común acuerdo hemos decidido celebrar el presente contrato de prestación de servicios profesionales, previa las siguientes consideraciones: a) La Empresa Social del Estado Hospital San Cristóbal de Ciénaga, es una categoría especial de entidad pública descentralizada de carácter departamental, regida en materia contractual por las normas contenidas en el artículo 195 de la ley 100 de 1993 y cuyo objeto es la prestación de servicios de salud de la mediana complejidad; b) Dentro del giro ordinario de sus asuntos, la entidad debe atender y resolver una serie de situaciones que tienen implicaciones de orden jurídico y fundamentalmente en la especialidad de derecho administrativo, pues tienen relación con situaciones laborales (a las que aplica el régimen del empleado público), procesos de contratación, atención a requerimientos de los entes de control y autoridades judiciales, expedición de actos administrativos diversos, entre otras; c) Dadas las anteriores circunstancias, resulta oportuno y necesario vincular para la realización de las referidas actividades, a profesionales idóneos y competentes, mediante la modalidad de contratación de servicios; d) Según las motivaciones previas, la entidad ha preparado un estudio de conveniencia y oportunidad el cual se ajusta a lo previsto en la normatividad vigente y ha obtenido previamente los respectivos certificados de disponibilidad presupuestal donde se evidencia la capacidad para asumir los compromisos en la vigencia actual; e) Que el Manual de Contratación adoptado por la entidad, permite hacer uso de la modalidad denominada Contrato de Prestación de Servicios Profesionales; f) Las actividades objeto de este instrumento, pueden suscribirse con personas naturales siempre y cuando no se cuente con personal de planta para ello, que es justamente lo que ocurre, y se certifica en el estudio de conveniencia y oportunidad, y en consecuencia, se procede a su suscripción el cual se regirá por las siguientes: Cláusulas **PRIMERA: OBJETO**: Prestación de servicios profesionales de representación judicial de la E.S.E., en los procesos en que esta sea parte o llegare a ser, ante Juzgados Administrativos, ante el Tribunal Administrativo del Magdalena, Procuraduría, Contraloría, Entidades del Orden

Scanned by CamScanner

procesos en contra de la E.S.E. **PARAGRAFO 1: ALCANCE DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES:** El Contratista se compromete para con la E.S.E. a realizar las siguientes actividades: 1.- Asumir la representación judicial con toda atención y diligencia profesional, ante la jurisdicción respectiva, debiendo contestar o presentar las demandas dentro del término legal; asistir a las audiencias que se adelanten en el curso de cada uno de los procesos a su cargo, solicitar y presentar las pruebas correspondientes; presentar alegatos de conclusión en la oportunidad procesal; proponer y sustentar los recursos en el evento que haya lugar a ello, siempre y cuando se considere procedente, a fin de evitar decisiones en contra de la E.S.E. y en general ejecutar todas las actuaciones necesarias para la defensa de los intereses de la E.S.E. 2.- Atender los requerimientos que efectúen los organismos de Control y demás autoridades sobre el estado y demás información relacionada con los procesos judiciales y conciliaciones extrajudiciales 3.- Asesorar a la E.S.E. en todos los aspectos jurídicos que puedan derivarse de los procesos judiciales objeto del presente contrato. 4.- Rendir oportunamente los informes que la E.S.E. le solicite 5.- Presentar informe mensual de las acciones adelantadas en desarrollo del objeto contractual. 6.- EL CONTRATISTA por la duración del contrato deberá acreditar el cumplimiento de las obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral y deberá continuar a paz y salvo con las mismas de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la ley 789 de 2002 o las normas que la adicionen o modifiquen. 7.- Coordinar los procesos internos disciplinarios de la E.S.E.8.-Las demás que sean inherentes al objeto del Contrato. **PARAGRAFO 2: EL CONTRATANTE:** La E.S.E. HOSPITAL SAN CRISTOBAL DE CIENAGA, en calidad de contratante se obliga para con el contratista a: 1. Pagar oportunamente al contratista. 2. Informar por escrito al contratista las objeciones que surjan en el cumplimiento del objeto contractual. 3. Certificar los servicios prestados al momento de la terminación del contrato, previa solicitud del contratista; 4. Entregar al contratista copia de las obligaciones que deben ser acatadas en cumplimiento del presente contrato, **SEGUNDA: VALOR Y FORMA DE PAGO DEL CONTRATO:** a) El presente Contrato tiene un valor total de **DIECISEITE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/te ($17.500.000)** los cuales serán cancelados mediante actas parciales mensuales de ejecución por valor de **TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($3.500.000)**, cada una, con el respectivo informe de actividades o Gestión, cuenta de cobro, visto bueno del interventor o supervisor del contrato. Los cuáles serán pagados dentro de los cinco (5) días siguientes a su presentación. **PARAGRAFO:** La E.S.E. dispondrá de la cancelación de los gastos de viajes para el desplazamiento que deba hacer el contratista para efectuar los actos de vigilancia judicial y representación judicial, fuera de las ciudades de Ciénaga y Santa Marta. **TERCERA: FORMA DE LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES**: Los servicios profesionales serán prestados por el contratista de manera autónoma e independiente, **NO** se establece vínculo laboral ni subordinación o dependencia entre el Contratista y el contratante, por tratarse de prestación de servicios **NO** generará prestaciones sociales. **PARAGRAFO:** El Contratista cumplirá con las obligaciones en el Sistema de Seguridad Social en Salud consagrado en la ley, (Salud y Pensión y ARL) y demás a que haya lugar. **CUARTA: DURACION DEL CONTRATO**: El presente Contrato tendrá una duración de **CINCO (5) MESES Y CINCO (5) DIAS, QUE VAN DEL 26 DE ENERO, AL 30 DE JUNIO DE 2018**,, contados a partir de la firma del mismo. **PARAGRAFO:** Vencido el plazo del presente Contrato, el Contratista deberá abstenerse de seguir prestando los servicios profesionales. La E.S.E., no reconocerá servicios prestados por fuera del término de duración contractual o sin haberse legalizado el respectivo contrato. **QUINTA: IMPUTACION PRESUPUESTAL:** El valor del presente contrato se imputará del

Scanned by CamScanner

presupuesto de Ingresos y Gastos de la actual vigencia fiscal. **SEXTA. CESIÓN**: El Contratista no podrá ceder parcial ni totalmente el presente contrato, salvo previa autorización expresa y escrita del contratante. **SEPTIMA: CLAUSULAS EXCEPCIONALES: INTERPRETACIÓN, MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN UNILATERAL.-** Cuando surjan motivos posteriores al perfeccionamiento del contrato que hicieren necesaria la interpretación, modificación y terminación unilaterales de éste, se dará aplicación a lo dispuesto en los artículos 15, 16 y 17 de la Ley 80 de 1993. **OCTAVA: TERMINACION ANTICIPADA**: Procede 1). Por mutuo acuerdo de las partes. 2) Por anticipación del contratista en actos que perturben el normal desarrollo de las actividades del contratante. 3) Por incumplimiento de las obligaciones que emanan de este contrato. **NOVENA: SUSPENSION TEMPORAL**: Podrá suspenderse la ejecución del presente contrato: 1) Por circunstancias de Fuerza mayor o caso fortuito o causas plenamente justificadas, se podrá de común acuerdo entre las partes suspender la ejecución del contrato, mediante la suscripción de un acta donde conste tal evento **DECIMA: EXCLUSIÓN DE RELACIÓN LABORAL**: Dada su naturaleza jurídica de prestación de servicios, este contrato **NO** produce ni constituye relación laboral alguna, por lo tanto **NO** da lugar al reconocimiento y pago de prestaciones sociales, y EL CONTRATISTA sólo tendrá derecho a los pagos expresamente convenidos en el presente acuerdo de voluntades. **DECIMA PRIMERA: INDEMNIDAD**: De conformidad con lo establecido en el decreto 4828 de 2008 EL CONTRATISTA se obliga a mantener indemne de cualquier reclamación a la E.S.E. Hospital San Cristóbal de Ciénaga, proveniente de terceros que tengan como causa las actuaciones de EL CONTRATISTA. **PARAGRAFO.- RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA: El CONTRATISTA**, será responsable ante las autoridades de los actos u omisiones que desarrolle en virtud del presente contrato, cuando con ellos se cause perjuicio a EL CONTRATANTE o a terceros. **DECIMA SEGUNDA: SUPERVISION** Las actividades de control y vigilancia de ejecución del presente contrato serán ejercidas directamente por el Profesional Universitario de Talento Humano de la E.S.E. Son funciones del supervisor entre otras: a) Hacer cumplir idónea y oportunamente todas y cada una de las cláusulas pactadas. b) Poner en conocimiento de las partes firmantes de este contrato cualquier irregularidad, falla o incumplimiento, con el fin de que se tomen las medidas pertinentes. c) Vigilar que no se venza el plazo del contrato sin que se haya cumplido su objeto con el propósito de aplicar los correctivos que las partes firmantes estimen convenientes. d) Requerir a las partes cuando prevea que en el tiempo que falta para vencerse el plazo, no se alcance a ejecutar el objeto pactado. e) Velar por que el objeto de este contrato se ejecute en los tiempos y términos pactados. f) Controlar los pagos correspondientes al contrato. g) Certificar el cumplimiento del objeto pactado. h) Proyectar el acta de liquidación dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la finalización del plazo de ejecución **DECIMA TERCERA: GARANTIAS, CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA Y MULTAS**. Conforme a las previsiones en el artículo 23, literales p) y q) del Manual Interno de Contratación de la E.S.E. y en consideración a la naturaleza del objeto y la forma de pago, la E.S.E. Hospital San Cristóbal de Ciénaga como entidad CONTRATANTE no estima necesario que se constituyan garantías diferentes a la obligación intrínseca del CONTRATISTA de garantizar la calidad de sus servicios y atender cumplidamente el objeto pactado en el presente Contrato. En caso de incumplimiento total de las obligaciones por cualquiera de las partes, la parte incumplida indemnizara a la otra en una cuantía del 3x1000 del valor total del contrato por parte del contratista. En caso de incumplimiento parcial o mora en el cumplimiento de las obligaciones por parte del contratista, la entidad podrá aplicar a título de multas el equivalente al 0.1% del valor total del contrato por cada día de mora las cuales podrán ser

Scanned by CamScanner

descontadas de los dineros que se le adeuden al contratista. **DÉCIMA CUARTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES.** El contratista declara bajo la gravedad del juramento que no se encuentra incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades consagradas en la ley y particularmente en las del art 8 y 9 de la ley 80/93. **DÉCIMA QUINTA: PERFECCIONAMIENTO.** El presente contrato se perfecciona con la firma de las partes, la expedición del registro presupuestal y para su ejecución requiere la suscripción de acta de inicio entre el contratista y la interventoría /supervisión designada. **DÉCIMA SEXTA: AUTORIZACION.** El contratista autoriza a la E.S.E. para que realice los descuentos de ley de los pagos que se realicen. **DECIMA SEPTIMA.- LIQUIDACIÓN:** Dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la fecha de terminación del objeto contractual, este contrato deberá liquidarse con el fin de determinar las obligaciones pendientes a cargo de las partes contratantes, de conformidad con lo establecido en el manual de contratación Institucional. Si las partes no se presentan para efectos de la liquidación del mismo o no llegan a un acuerdo, la entidad, procederá a efectuar la liquidación mediante Resolución motivada susceptible de recurso de reposición. **DECIMA OCTAVA: DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para todos los efectos legales y contractuales el domicilio contractual será el municipio de Ciénaga, Magdalena. **DECIMA NOVENA: DOCUMENTOS:** hacen parte integral del presente contrato los siguientes documentos. a) Estudios de conveniencia y oportunidad, b) propuesta del contratista c) CDP d) CRP y los demás documentos que surjan durante el desarrollo del contrato. **VIGESIMA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.** Los conflictos que se presenten durante la ejecución del objeto contractual se solucionarán preferiblemente mediante los mecanismos de conciliación y transacción. Para constancia se firma en Ciénaga el 26 ENE. 2018

ANGEL RAFAEL FERNANDEZ GAMERO
Gerente

MIGUEL A. MOSCARELLA VALLE
Contratista

ELABORO: JESÚS DAVID CELEDON ZABARAIN
ASESOR JURIDICO EXTERNO DE CONTRATACION

Scanned by CamScanner

Fondo Cuenta Especial Entidades Descentralizadas en Liquidación del Distrito de Santa Marta

CERTIFICA:

Que el SEÑOR MIGUEL ANTONIO MOSCARELLA VALLE, identificado con cedula de ciudadanía No. 1,082,872,404 de Santa Marta, laboró en FONDO CUENTA ESPECIAL DE ENTIDADES DESCENTRALIZADAS EN LIQUIDACION DEL DISTRITO entre el 1 de febrero de 2012 a 31 de diciembre de 2012, desempeñando el cargo de AUXILIAR ADMINISTRATIVO, ejerciendo funciones jurídicas.

La anterior se expide a solicitud del interesado a los diecisiete (17) días del mes de enero de 2013.

JORGE LUIS AGUDELO APREZA
GERENTE
FCD

Proyectó: Armando Cuello.
Reviso: Javier Yepes

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	2023-07-01 20:41

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MIGUEL	ANTONIO	MOSCARELLA	VALLE

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1082872404

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$48.000.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$48.000.000,00

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	$550.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] 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]

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:

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	JURIDICA	dic-21

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos MIGUEL ANTONIO MOSCARELLA VALLE	Sexo			
	M	X	F	

Tipo de Documento										Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		1.082.872.404	SANTA MARTA	17/01/2006

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
X								X	2		X			X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
30	12	1987	SANTA MARTA	KRR 21 #12-50 EDIF TWINS APTO 1007 T2	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
migmos651@hotmail.com	3107632753	

Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	x	Empleado		Hogar		Jubilado				6	9	1	0

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
ASESORIA JURIDICA	Las actividades de representación de los intereses de las partes, sea o no ante tribunales u otros órganos judiciales, realizadas por abogados o bajo la supervisión de abogados: - Asesoramiento y representación en procedimientos civiles

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	ASESOR JURIDICO

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CARRERA 14 NO 23-42	SANTA MARTA	LOS ALCAZARES	4346262

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	4.800.000	Total Egresos mensules	4.800.000
Otros Ingresos Mensules	1.000.000	Otros Egresos Mensuales	1.000.000
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12 / Año 2021	Es declarante?	SI X 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? NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP? NO

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

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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

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

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

Powered by CamScanner

5. FIRMA Y HUELLA

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

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

Powered by CamScanner

STAMARTA, Marzo 6 de 2024

Señor:
MOSCARELLA VALLE MIGUEL ANTONIO
CC. 1082872404
CR 17 26A 45 - 4359904
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 Junio 29 de 2015. 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
MOSCARELLA VALLE MIGUEL ANTONIO	1082872404	C	Jun-29-2015	52	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
MOSCARELLA VARGAS ALEJANDRO	1083025669	T	Feb-29-2024	4	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE		Traslado en confirmación de la otra EPS	Ninguna
MOSCARELLA VARGAS SALOMON	1083025670	T	Feb-29-2024	4	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE		Traslado en confirmación de la otra EPS	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
MIGUEL ANTONIO MOSCARELLA VALLE	1082872404	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
MIGUEL ANTONIO MOSCARELLA VALLE	1082872404	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
MIGUEL ANTONIO MOSCARELLA VALLE	1082872404	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
MIGUEL ANTONIO MOSCARELLA VALLE	1082872404	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

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

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

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

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MIGUEL ANTONIO MOSCARELLA VALLE identificado(a) con C.C No. 1.082.872.404, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 06 de marzo del 2024.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

República de Colombia

Rama Judicial

COMISIÓN NACIONAL DE DISCIPLINA JUDICIAL

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS DE ABOGADOS

EL SUSCRITO SECRETARIO JUDICIAL
DE LA COMISIÓN NACIONAL DE DISCIPLINA JUDICIAL

CERTIFICADO No. **4268750**

CERTIFICA :

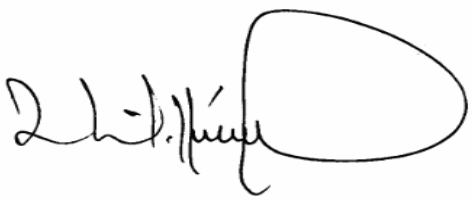
Que revisados los archivos de Antecedentes Disciplinarios de la Comisión, así como los del Tribunal Disciplinario y los de la Sala Jurisdiccional Disciplinaria, no aparecen registradas sanciones contra el (la) doctor (a) **MIGUEL ANTONIO MOSCARELLA VALLE** identificado (a) con la cédula de ciudadanía **No. 1082872404** y la tarjeta de abogado (a) **No. 255962**

Este Certificado no acredita la calidad de Abogado

Nota: Si el No. de la Cédula, el de la Tarjeta Profesional ó los nombres y/o apellidos, presentan errores, favor dirigirse al Registro Nacional de Abogados.

La veracidad de este antecedente puede ser consultado en la página de la Rama Judicial **www.ramajudicial.gov.co** en el link https://www.ramajudicial.gov.co/web/comision-nacional-de-disciplina-judicial.
.

Bogotá, D.C., DADO A LOS DIECINUEVE (19) DIAS DEL MES DE MARZO DE DOS MIL VEINTICUATRO (2024)



Dr. William Moreno
SECRETARIO JUDICIAL

República de Colombia

Rama Judicial

COMISIÓN NACIONAL DE DISCIPLINA JUDICIAL

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS DE ABOGADOS

EL SUSCRITO SECRETARIO JUDICIAL
DE LA COMISIÓN NACIONAL DE DISCIPLINA JUDICIAL

CERTIFICADO No. **4268750**

CERTIFICA :

Que revisados los archivos de Antecedentes Disciplinarios de la Comisión, así como los del Tribunal Disciplinario y los de la Sala Jurisdiccional Disciplinaria, no aparecen registradas sanciones contra el (la) doctor (a) **MIGUEL ANTONIO MOSCARELLA VALLE** identificado (a) con la cédula de ciudadanía **No. 1082872404** y la tarjeta de abogado (a) **No. 255962**

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Consejo Superior de la Judicatura
Unidad de Registro Nacional de Abogados y Auxiliares de la Justicia

EL DIRECTOR DE LA UNIDAD DE REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS Y AUXILIARES DE LA JUSTICIA DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

C E R T I F I C A

Certificado de Vigencia N.: 2110499

Que de conformidad con el Decreto 196 de 1971 y el numeral 20 del artículo 85 de la Ley 270 de 1996, Estatutaria de la Administración de Justicia, le corresponde al Consejo Superior de la Judicatura regular, organizar y llevar el Registro Nacional de Abogados y expedir la correspondiente Tarjeta Profesional, previa verificación de los requisitos señalados por la Ley.

En atención a las citadas disposiciones legales y una vez revisado los registros que contienen nuestra base de datos se constató que el (la) señor(a) **MIGUEL ANTONIO MOSCARELLA VALLE**, identificado(a) con la **Cédula de ciudadanía** No. **1082872404**., registra la siguiente información.

VIGENCIA

CALIDAD	NÚMERO TARJETA	FECHA EXPEDICIÓN	ESTADO
Abogado	255962	17/04/2015	Vigente
Observaciones: -			

Se expide la presente certificación, a los **19** días del mes de **marzo** de **2024**.

ANDRÉS CONRADO PARRA RÍOS
Director

Notas 1- Si el número de cédula, los nombres y/o apellidos presentan error, favor dirigirse a la Unidad de Registro Nacional de Abogados y Auxiliares de la Justicia.
2- El documento se puede verificar en la página de la Rama Judicial www.ramajudicial.gov.co a través del número de certificado y fecha expedición.
3- Esta certificación informa el estado de vigencia de la Tarjeta Profesional, Licencia Temporal, Juez de Paz y de Reconsideración

El suscrito **MIGUEL ANTONIO MOSCARELLA VALLE**, identificado con C.C. No**. 1.082.872.404**, expedida en **Santa Marta**, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (**Policía Nacional**) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018 – Ministerio de Defensa** (**Policía Nacional**)**),** de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

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

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, marzo de 2024

Firma:

Nombre: MIGUEL ANTONIO MOSCARELLA VALLE
Cédula: 1.082.872.404, expedida en Santa Marta.

COPIA CONTROLADA