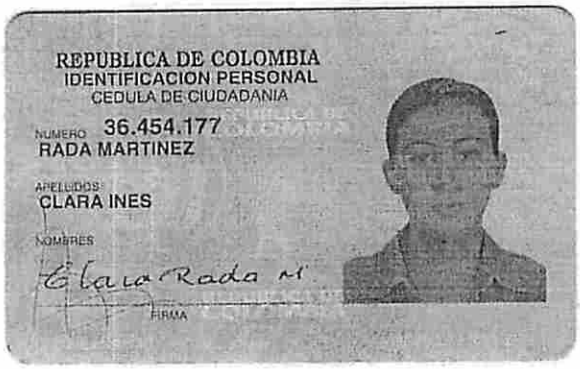
HUJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ADMINISTRATIVO	CODIGO: GJG16F VERSIÓN: 06 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 7/09/2023 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, Clerver Ives Roda Martinez, identificado con Cédula No. 36454177 y Profesión Tecnico Contabilidad Sist. 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: Clerver Ives Roda

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

COPIA CONTROLADA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36.454.177
RADA MARTINEZ

APELLIDOS
CLARA INES

NOMBRES

Clara Rada M

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-AGO-1979
FUNDACION
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA
O+ G.S RH
F SEXO

01-FEB-1998 FUNDACION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2103100-00305041-F-0036454177-20110531 0027107976A 1 35568431

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **36454177**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	36454177	RADA	MARTINEZ	CLARA	RADA	02/09/21

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

El (la) suscrito(a) Clarra Ines Rada M. identificado con C.C./C.E./P.P No. 36454177 expedida en Fundación, 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 _____ del mes de de 2023.

Firma Clarra Ines Rada
Nombre Clarra Ines Rada
Cédula 36454177

COPIA CONTROLADA

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

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	auxiliar administrativo
Título	Sra.
Nombre	clara ines
Apellidos	rada martinez
Fecha de Nacimiento	9/08/1979 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	clara ines rada martinez
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	36454177
Dirección	altos de mayorca torre 19 apto 304
Código postal	000
Estrato	3
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	cradam1415@gmail.com
Teléfono	
Celular	3023718252
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

Configuración

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

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es su número de teléfono?
Respuesta	3023718252
SMS para recuperar la contraseña	3023718252

Editar

Santa Marta, ENERO 2024

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

Asunto: Propuesta de Servicios.

Mediante el presente escrito pongo a su disposición mis conocimientos y capacidades para trabajar en su respetaba institución y de esta forma le solicito a ustedes me permita ingresar al Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, dada la formación recibida y a mi experiencia en el área de call center, los cuales he logrado desarrollar.

Atentamente.

CLARA INES RADA MARTINEZ.
00.36454177 de FUNDACION MAG.
3004325002 Altos de Mallorca torre
19 apto 304 Oradam1415@gmail.com

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14578865532

(415)7707212489984(8020) 000001457886553 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
3 6 4 5 4 1 7 7	4	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	36454177	1998 02 01

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA	1 6 9	Magdalena	4 7	Fundación	2 8 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RADA	MARTINEZ	CLARA	INES

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: URB MAYORCA MZ 2 CA 54

42. Correo electrónico: cradam1415@hotmail.com

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

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 2 1 1	2 0 1 5 1 1 2 5						4 1 4 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 2019 - 06 - 03

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Rada	Martinez	Clara Ines

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 36454177	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 09 MES 08 AÑO 1979	CALLE 48A 26B 11 torre 19 apto 304			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	FUNDACIÓN		
MUNICIPIO	FUNDACIÓN	TELÉFONO		EMAIL	cradam1415@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1996
										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).

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	10	*Año* 2020	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* AGENTE CALL CENTER					*DIRECCIÓN* CALLE 14 23 42						

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Soiter Norte Diciembre 2023

Clara Ines Rodas

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

República de Colombia

El Colegio

Sagrado Corazón de Jesús

De Fundación - Magdalena

Aprobado por la Secretaría de Educación Departamental según Resolución No. 034 del 09 de Julio de 2003

Confiere a:

Clara Ines Rada Martinez

Identificado con C.C. No. 36.454.177 de Fundación

El Título de

Bachiller Académico

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondiente al Nivel de Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes

Nelda Alvarez Acosta
Rector(a)

Guillermo Arrieta Armando A.
Secretario(a)

Anotado en el folio No. 10 del Libro de Registro No. 01

Dado en Fundación a los 29 días del mes de Noviembre del 1996

República de Colombia

Ministerio de Capacitación No Formal

INSTITUTO DE CAPACITACIÓN TECNICA DE SANTA MARTA

ICTES

Resolución [illegible] de Noviembre de 1997 y 1.824 [illegible] de Septiembre de 1999

Secretaría de Educación del Magdalena

Teniendo en cuenta que

CLARA INES RADA MARTINEZ

identificado con C. Ciudadanía No. 36.454.177 De Fundación (Magd)

Terminó satisfactoriamente los objetivos y programas establecidos, y fue aprobado(a) en todos los exámenes y pruebas reglamentarios de acuerdo con la Ley general de la Educación, y su decreto reglamentario Número 0114 de Enero 16 1996, le otorga el presente certificado de

Técnico en:

Contabilidad Empresarial Sistematizada

Con una duración de 1040 horas

En constancia se firma en Santa Marta a los 20 días del mes de Diciembre de 2003

Rector General — Vo. Bo. [illegible] — Coordinador Académico — Registro Control

Registrado en el Libro No. [illegible] Folio No. [illegible] Fecha de Aprobación [illegible]

LABORATORIO CLÍNICO
MARTINEZ

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso **Fecha de consulta:** 12/09/2023

Información paciente



Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Empresa en misión:
Nombre completo: CLARA INES RADA MARTINEZ
Identificación: CC: 36454177
Responsable: El mismo paciente
Acompañante: Ninguno
Cargo: APOYO ADMINISTRATIVO
Fecha nacimiento: 09/08/1979
Edad: 44
Genero: Femenino
Estado civil: Unión Libre
Escolaridad: Técnica
Teléfono:
Dirección: Santa marta,
Nº hijos: 2
ARL:
EPS: Salud Total EPS
AFP: Protección S.A.

Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Anexo

SE REALIZO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

Recomendaciones especificas

Destinatario: Empleado **Permanente:** No **Fecha inicial:**
Fecha final: **Duración:**

Recomendación:

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. SEGUIMIENTO DE PATOLOGIAS DE BASE POR EPS .

NOTAS: SE RECOMIENDA SEGUIR PROTOCOLOS DE SEGURIDAD EMPRESARIAL RESPECTO A LA PREVENCION DEL CONTAGIO POR SARS COVID 19

LA HISTORIA CLINICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCION 1918 DEL 2009

LABORATORIO CLÍNICO
MARTINEZ



Pedro Francisco Manjarres Palacio
Profesión: Medico especialista en sst
Registro: 70584

Clara Ines Rada M

Aspirante o trabajador
CLARA INES RADA MARTINEZ
Identificación: CC: 36454177

LA HISTORIA CLINICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE" NIT. 891780185-2

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora, **CLARA INES RADA MARTINEZ**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **36.454.177** expedida en Fundación (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE",** los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **2624** de fecha 01 de diciembre de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de diciembre al 31 de diciembre de 2015, por un valor de DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($2.600.000).

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

2. No. **3244** de fecha 05 de octubre de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 05 de octubre al 31 de diciembre 2020, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
3. No. **122** de fecha 01 de enero de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 31 de marzo 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
4. No. **918** de fecha 01 de abril de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 30 de junio 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
5. No. **1945** de fecha 01 de Julio de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 30 de septiembre 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
6. No. **3041** de fecha 01 de octubre de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de octubre al 31 de octubre 2021, por un valor de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS ($1.500.000).
7. No. **3922** de fecha 02 de noviembre de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de noviembre al 30 de noviembre de 2021, por un valor UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS ($1.900.000).
8. No. **4098** de fecha 01 de diciembre de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de diciembre al 31 de diciembre de 2021, por un valor UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS ($1.900.000).
9. No. **666** de fecha 01 de enero de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 31 de marzo de 2022, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
10. No. **1388** de fecha 01 de abril de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 30 de abril de 2022, por un valor de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS ($1.500.000).

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

11. No. **2124** de fecha 01 de mayo de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de mayo al 31 de mayo de 2022, por un valor de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS ($1.500.000).
12. No. **2312** de fecha 01 de junio de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de junio al 30 de junio de 2022, por un valor de UN MILLON SETECIENTOS MIL PESOS ($1.700.000).
13. No. **2438** de fecha 01 de julio de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de julio al 31 de julio de 2022, por un valor de UN MILLON SETECIENTOS MIL PESOS ($1.700.000).
14. No. **CD20222537** de fecha 01 de agosto de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de agosto al 31 de octubre de 2022, por un valor de CINCO MILLONES CIEN MIL PESOS ($5.100.000).
15. No. **CD20223653** de fecha 01 de noviembre de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de noviembre al 31 de diciembre 2022, por un valor de TRES MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($3.400.000).
16. No. **CD20230042** de fecha 10 de enero de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 12 de enero al 28 de febrero 2023, por un valor de TRES MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($3.400.000).
17. No. **CD20231850** de fecha 04 de marzo de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 06 de marzo al 31 de mayo 2023, por un valor de CINCO MILLONES CIEN MIL PESOS ($5.100.000).
18. **ADICION EN VALOR Y TIEMPO** de fecha 01 de junio de 2023, a la orden de prestación de servicio **No. CD20231850,** con un plazo de ejecución del 01 al 30 de junio de 2023, por un valor de UN MILLON SETECIENTOS MIL PESOS ($1.700.000).
19. No. **CD20232638** de fecha 04 de julio de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 07 de julio al 30 de septiembre de 2023, por un valor de CINCO MILLONES CIEN MIL PESOS ($5.100.000).
20. No. **CD20234105** de fecha 04 de octubre de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 12 de octubre al 31 de diciembre de 2023, por un valor de CINCO MILLONES CIEN MIL PESOS ($5.100.000).

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL GRUPO DE TRABAJO DE CALL CENTER DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, EN VIRTUD DE LAS ANTERIORES ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los dieciséis (16) días del mes de noviembre de 2023.

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

ELABORÓ: RONALD A. GOMEZ CAMACHO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA

E.S.E. HOSPITAL LOCAL EL RETEN
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
MUNICIPIO DE EL RETEN-MAGDALENA
NIT. 819.001.796-1

LA SUSCRITA ASISTENTE ADMINISTRADORA DE LA ESE HOSPITAL LOCAL EL RETEN

CERTIFICA QUE:

Que la Señora CLARA INES RADA MARTINEZ identificada con Cedula de Ciudadania No. 36.454.177 Expedida en Fundacion (Magd.), laboro en esta Insitucion desde el dia (01) de Agosto de 2006 hasta el Treinta y uno (31) de diciembre de 2008, en el Cargo de Facturadora, que durante su desempeño en este cargo se destaco como una persona de alta cualidad humana, respetuosa, colaborador y puntual.

La presente s expide a solicitud del interesado a los (09) dias del mes de febrero de 2009.

ERIKA VAN-STRALENS CONTRERAS
Asistente Administrativo
ESE Hospital Local El Reten

NIT 57422911-3
RÉGIMEN
SIMPLIFICADO

R-M
DISTRIBUCIONES
EL DIFICIL

CERTIFICA

Que **CLARA INES RADA MARTINEZ**, mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía No 36.454.177 expedida en Fundación (Magdalena), labora en esta empresa mediante contrato de prestación de servicio desde el 01 de Enero del 2011 como Jefe de Distribución de Ruta, con una asignación mensual de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS **($2.400.000.oo)**.

La presente certificación se firma en la ciudad de El Difícil-Ariguaní Magdalena a los veinticinco (25) días del mes de Noviembre de Dos mil trece (2013).

Atentamente,

ROSA MARY MOJICA MARTINEZ
Gerente - Propietaria
Correo valmoj@hotmail.com

Todo en productos COLOMBINA.

Calle central sector Bancario
El Difícil Magdalena
CEL 3116663130
Tel: 4257328

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

TIC

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 36454177 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 06/12/2023 10:17 AM

Código Verificación: **781JPDA9CK**

Válida hasta: **05/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-09-12 09:25

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CLARA	INES	RADA	MARTINEZ

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	36454177

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	FUNDACIÓN

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:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$18.000.000,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$18.000.000,00

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	$100.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

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:

SaludTotal

STAMARTA, Diciembre 6 de 2023

Señora:
RADA MARTINEZ CLARA INES
CC. 36454177
TO 19 AP 304 URB ALTOS DE MAYORCA - 0
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Enero 4 de 2017. 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
RADA MARTINEZ CLARA INES	36454177	C	Ene-4-2017	147	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
PROALIMENTOS LIBER SAS	36454177	Dependiente	CERRADO
CLARA INES RADA MARTINEZ	36454177	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
LIMPIEZA Y SUMINISTROS DEL CARIBE SAS	36454177	Dependiente	CERRADO
LOGISTICA EMPRESARIAL EXCELSIOR SA	36454177	Dependiente	CERRADO
MARIELA HERRERA FLORIAN	36454177	Dependiente	CERRADO
MARIELA HERRERA FLORIAN	36454177	Dependiente	CERRADO
MARIELA HERRERA FLORIAN	36454177	Dependiente	CERRADO
MARIELA HERRERA FLORIAN	36454177	Dependiente	CERRADO
MARIELA HERRERA FLORIAN	36454177	Dependiente	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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RADA MARTINEZ CLARA INES** identificado(a) con **CC** número **36.454.177** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de junio de 2015 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 06 de diciembre de 2023.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20231206111110

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 CLARA INES RADA MARTINEZ	Sexo M		F	X

Tipo de Documento										Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		36454177	FUNDACION (MAG)	1/02/1998

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				X			X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
9	8	1979	FUNDACION	ALTOS DE MAYORCA TORRE 19 APTO 304	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
CRADAM1415@GMAIL.COM	3004325002	

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
ACTIVIDADES COMBINADAS DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE OFICINA	ACTIVIDADES COMBINADAS DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE OFICINA

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?	

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

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 1700000	Total Egresos mensules 1000000
Otros Ingresos Mensules	Otros Egresos Mensuales
Total Activos 1700000	Total Pasivos 1000000

Mes y año de corte de la información financiera suministra	Mes 09	Año 2023	Es declarante?	SI		NO	X

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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

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

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. 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

Clara Ines Rada



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):