En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, Luis Alfredo Fuentes Gutierrez identificado con Cédula No. 1119817049 y Profesión Contador Publico **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: Luis Fuentes G.

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

COPIA CONTROLADA


REPUBLICA DE COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.119.817.049
FUENTES GUTIERREZ
APELLIDOS
LUIS ALFREDO
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 07-FEB-1993
URUMITA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.91
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
28-FEB-2011 LA JAGUA DEL PILAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-4801200-00290559-M-1119817049-20110408 0026609526A 1 25526281

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1119817049**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1119817049	FUENTES	GUTIERREZ	LUIS	ALFREDO	2022-07-08, 10:40 am

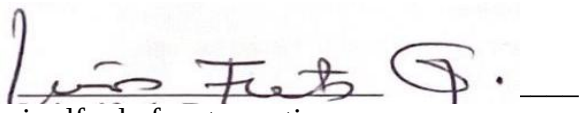
© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022.

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

El(la) suscrito(a) LUIS ALFREDO FUENTES GUTIERREZ identificado con C.C./C.E./P.P No. 1119817049 expedida en Cienaga, 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 16 del mes de Marzo de 2024.

Firma 
Nombre Luis alfredo fuentez gutierrez
Cédula 1119817049

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

Datos del usuario guardados

Editar

Información del usuario



Género	Hombre
Cargo	TECNICO ADMINISTRATIVO EN FACTURACION
Título	
Nombre	LUIS ALFREDO
Apellidos	FUENTES GUTIERREZ
Fecha de Nacimiento	7/02/1993 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	LUIS ALFREDO FUENTES GUTIERREZ
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1119817049
Dirección	CALLE 14 # 26_32
Código postal	57
Estrato	1
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	yarelizdefuentes@gmail.com
Teléfono	3187189910
Celular	3016763494
Nivel Educativo	Universitaria completa (con 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	3016763494
SMS para recuperar la contraseña	3016763494

Editar

Santa Marta, Abril 2024

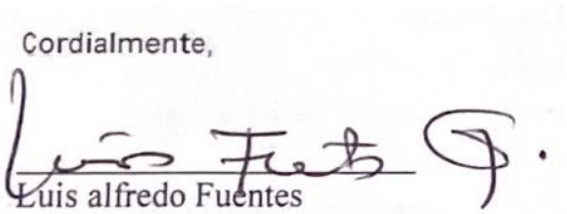
Señores
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Santa Marta, Magdalena

Cordial saludo

El suscrito: ***Luis alfredo Fuentes Gutierrez***, de acuerdo con los requerimientos de la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRECNECHE** me dirijo a usted con el fin de prestar mi PROPUESTA para ejercer la prestación de servicios **como TECNICO EN ADMINISTRACION EN EL AREA DE FACTURACION**, en esta digna institución que usted lidera.

En este orden de ideas y con el compromiso de cumplir con las obligaciones del objeto del contrato que se me adjudique, contando con tener la oportunidad de que esta propuesta me sea aceptada

Cordialmente,



Luis alfredo Fuentes
CC1119817049

FACTURA DE LIQUIDACION DE TARJETA MILITAR



Banco de Occidente Credencial

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
FONDO DE DEFENSA NACIONAL

Paguese en cualquier oficina del **Banco de Occidente**

CUOTA DE COMPENSACION MILITAR

RECAUDO NACIONAL
CUENTA No. 268-00800-0

APELLIDOS Y NOMBRES: LUIS ALFREDO FUENTES GUTIERREZ

C.C. X T.I. No. 1119817049 ACTA No. INS-10547777 FECHA 6/03/2024 REC. 0212658647 DISTRITO No. 012

CUOTA ORDINARIA $ $195,000 MULTA $ $0 TOTAL $ $195,000 PAGUE HASTA 04/06/2024

CUOTA EXTRAORDINARIA $ $224,000 MULTA $ $0 TOTAL $ $224,000 PAGUE HASTA 04/06/2024

Banco Cheque Gerencia No.

CCM

NIT.: 899.999.003-1

No. 0704228

Este recibo sólo puede ser entregado al titul

Banco de Occidente Credencial

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
FONDO DE DEFENSA NACIONAL

Paguese en cualquier oficina del **Banco de Occidente**

CUOTA DE COMPENSACION MILITA

RECAUDO NACIONAL
CUENTA No. 268-00800-

APELLIDOS Y NOMBRES: LUIS ALFREDO FUENTES GUTIERREZ

C.C. X T.I. No. 1119817049 ACTA No. INS-10547777 FECHA 6/03/2024 REC. 0212658647 DISTRITO No. 012

CUOTA ORDINARIA $ $195,000 MULTA $ $0 TOTAL $ $195,000 PAGUE HASTA 04/06/2024

CUOTA EXTRAORDINARIA $ $224,000 MULTA $ $0 TOTAL $ $224,000 PAGUE HASTA 04/06/2024

PAGO ORDINARIO HASTA VALOR $

CCM

(415)7707205061135(8020)021265864700001119817049(3900)195000(96)20240604

Banco Cheque Gerencia No.

NIT.: 899.999.003-

PAGO EXTRAORDINARIO HASTA VALOR $

(415)7707205061135(8020)021265864700001119817049(3900)195000(96)20240604

INDICE DERECHO

No. 0704228

Este recibo sólo puede ser entregado al titul

Banco de Occidente Credencial

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
FONDO DE DEFENSA NACIONAL

Paguese en cualquier oficina del **Banco de Occidente**

CUOTA DE COMPENSACION MILITA

RECAUDO NACIONAL
CUENTA No. 268-00800-

APELLIDOS Y NOMBRES: LUIS ALFREDO FUENTES GUTIERREZ

C.C. X T.I. No. 1119817049 ACTA No. INS-10547777 FECHA 6/03/2024 REC. 0212658647 DISTRITO No. 012

CUOTA ORDINARIA $ $195,000 MULTA $ $0 TOTAL $ $195,000 PAGUE HASTA 04/06/2024

CUOTA EXTRAORDINARIA $ $224,000 MULTA $ $0 TOTAL $ $224,000 PAGUE HASTA 04/06/2024

PAGO ORDINARIO HASTA VALOR $

CCM

(415)7707205061135(8020)021265864700001119817049(3900)195000(96)20240604

Banco Cheque Gerencia No.

NIT.: 899.999.003-

PAGO EXTRAORDINARIO HASTA VALOR $

(415)7707205061135(8020)021265864700001119817049(3900)195000(96)20240604

SEÑOR CAJERO:
EVITE COLOCAR SELLOS
O FIRMAS SOBRE
EL CODIGO DE BARRAS

No. 0704228

Este recibo sólo puede ser entregado al titul

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario 14818153001

(415)7707212489984(8020) 000001481815300 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1119817049	0	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 19	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1119817049	2011 02 28

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	La Guajira 44	La Jagua del Pilar 420

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FUENTES	GUTIERREZ	LUIS	ALFREDO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Magdalena 47	Ciénaga 189

41. Dirección principal: CL 14 CR 26 32

42. Correo electrónico: fuentesgutierrezluisalfredo@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3016763494	3187189910

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	
6920	2022 03 14	4290	2022 03 14	4312		

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

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 20																									

20- Obtención NIT

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2023 - 05 - 14 / 18 : 58: 08

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 FUENTES GUTIERREZ LUIS ALFREDO
985. Cargo Contribuyente

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Fuentes	Gutierrez	Luis Alfredo

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1119817049	F ( ) M (X)	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 07 MES 02 AÑO 1993

PAÍS COLOMBIA

DEPTO LA GUAJIRA

MUNICIPIO URUMITA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 14A 26 32 NORTE CALLE 14 # 26_32

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO CIÉNAGA

TELÉFONO EMAIL fuentesgutierrezluisalfredo@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	2010
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		CONTADURIA PUBLICA	05	2021	

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
INGLÉS	X			X			X		

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	12	*Mes*	07	*Año*	2022	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO - FACTURACION	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION					*DIRECCIÓN* CALLE 14 23 42						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD - MILAGROS BARRANQUILLA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3176702316	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	05	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL REQUIERE CORRECION	*DEPENDENCIA* ABASTECIMIENTO BIENES Y SERVICIOS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 72A NORTE null null						

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	1	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	3

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO (X) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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 14 DE MARZO 2024

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

La República de Colombia

y en Nombre de la

INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICA AGROPECUARIA "ANAURIO MANJARREZ"

La Jagua del Pilar - Guajira

Conformada y Organizada Mediante Decreto No. 250 del 05 de Noviembre del 2002 Emanado de la Gobernación del Departamento de la Guajira

Confiere a:

LUIS ALFREDO FUENTES GUTIERREZ

Identificado(a) con T.I. No. 95020715241 de RIOHACHA

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber aprobado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al nivel de Educación Media, y haber cumplido con los requisitos establecidos en el Proyecto Educativo Institucional.

Rector

Secretario

Dado en la Jagua del Pilar la Guajira

a [illegible] de [illegible] del año [illegible]

Acordado al Folio No. _____ Libro de Registro No. _____

Diploma No. [illegible]

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICA AGROPECUARIA ANAURIO MANJARREZ.
NIT: 800 254 732 5
Inscripción DANE: 244855000331

Acta de Grado

En el Municipio de La Jagua del Pilar – La Guajira a los 03 días del mes de Diciembre del año 2010, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, Rectora y Secretaria de la Institución Educativa Técnica Agropecuaria Anaurio Manjarrez, Establecimiento conformado, organizado y autorizado por la Secretaría de Educación Departamental para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad Académico, mediante Decreto No. 256 del 05 de Noviembre de 2002.

Comprobada la situación Legal y Académica del alumno que cursó y aprobó los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, se procedió a otorgar el Título de **BACHILLER ACADÉMICO** al graduando cuyo número de orden, Nombres, Apellidos y Número de documento de identificación se relaciona a continuación:

06: *Luís Alfredo Fuentes Gutiérrez*

C. C. No. 1.119.817.049 de La Jagua del Pilar – La Guajira

Es fiel copia tomada del Acta original No. 19 de fecha 03 de Diciembre del año 2010, que consta de 14 alumnos graduando, comienza con el nombre de *Wendys Ximena Arroyo Durán* y se cierra con el nombre de *Segundo Manuel Yepez Mueguez*

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el Artículo 7° del Decreto 180 de 1981.

Dado en La Jagua del Pilar, a los 31 días del mes de Mayo de 2021.

Firmado

Esp. JORGE ENRIQUE SOSA NARIÑO
C.C. No.5.535.268 de Villa Rosario
Rector

MARIA ALEJANDRA AMAYA MORÓN
C.C. No.40.800.300 de Urumita
Secretaria

UNIVERSIDAD DE LA GUAJIRA | SHIKII EKIRAJIA PULEE WAJIIRA

República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su Nombre
La Universidad de la Guajira

SHIKII EKIRAJIA PULEE WAJIIRA

Con personería Jurídica Reconocida por la Gobernación del Departamento de la Guajira Mediante Decreto número 523 del 12 de Noviembre de 1976 y con reconocimiento Institucional como Universidad según decreto número 1770 del 24 de mayo de 1995 emanado del Ministerio de Educación Nacional.

Otorga el título de:

Contador Publico

Luis Alfredo Fuentes Gutierrez

C.C. 1.119.817.049 **de** La Jagua del Pilar

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos. En fé de lo expuesto le expedimos el Siguiente diploma que firmamos y sellamos en la ciudad de riohacha el 20 **de** Agosto **de** 2021

RECTOR

DECANO(A)

SECRETARIO(A) GENERAL

REGISTRO AL FOLIO 386 **DEL LIBRO DE DIPLOMAS** 50

Escaneado con CamScanner

UNIVERSIDAD DE LA GUAJIRA | SHIKII EKIRAJIA PÜLEE WAJIRA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 17734

En Riohacha, Capital del Departamento de La Guajira, el día Veinte (20) del mes de Agosto del 2021 la Universidad de La Guajira con personería jurídica reconocida por el Departamento de La Guajira mediante el Decreto No. 523 de 1976 y con reconocimiento institucional como Universidad según la Resolución No. 1770 del 24 de Mayo de 1995 emanado del Ministerio de Educación Nacional, en nombre de la República de Colombia, bajo la presidencia de la Señora Rectora(E) ANA ISABEL BARAJAS BRITO, en presencia del(la) Decano(a) de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas Doctor(a) VICTOR IGUARAN MANJARREZ y actuando como Secretaria General la Doctora LULIA PAULINA FUENTES SANCHEZ se celebró sesión solemne y pública de grado en la cual previa la comprobación del cumplimiento de los requisitos legales y estatutarios confiere el título de:

CONTADOR PUBLICO

A
LUIS ALFREDO FUENTES GUTIERREZ

1.119.817.049 de La Jagua Del Pilar (La Guajira)

El cual se encuentra registrado en el Libro No. 50 Folio No. 386 y CODIGO SNIES 91394

El graduado emitió juramento en rigor y se comprometió a cumplir los deberes propios del ejercicio de su profesión de conformidad con la Constitución Política Nacional, las leyes de la República de acuerdo con la ética y a mantener la lealtad con la Universidad de La Guajira. Para constancia de lo expuesto firman el presente acta:

La Rectora (E), _____

El (la) Decano(a) _____

La Secretaria General _____

Servicios Médicos Domiciliarios LTDA

SERVIMED I.P.S

Calle 22 No. 14 - 05 • Local 101 C.C. Alcázares Plaza • Teléfono: 431 38 74
informacion@servimedips.com.co • www.servimedips.com.co

NOMBRE DE LA EMPRESA	CIUDAD	AÑO		
		DIA	MES	ANO
HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE	SANTA MARTA	07	07	2022

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre Y Apellido:	Documento de Identidad			
LUIS FUENTES GUTIERREZ	Tipo:	CC	No	1119817049

Direccion		Telefono	

Cargo: FACTURADOR Sexo: M [X] F [ ] Fecha de Nacimiento: 07-02-93

Tipo de Examen Ocupacional

Preocupacional	[X]	Periodico	[ ]	Post Ocupacional	[ ]	Manipulador Alimentos	[ ]
Reintegro Laboral	[ ]	Post Incapacidad	[ ]	Reubicacion	[ ]		

Examenes Practicados (N:Normal A: Anormal NR: No Realizado)

EXAMEN	N	A	LABORATORIOS /IMÁGENES	N	A
Medico Ocupacional	X				
Visiometria					
Espirometria					
Audiometria					

Aptitud Ocupacional Ingreso

Al examen medico no presenta defectos ni patologia aparente	X
Al examen medico presenta condiciones de salud que no disminuyen su capacidad laboral	
Al examen medico presenta condiciones de salud que pueden agravarse con el trabajo	
Al examen medico presenta condiciones de salud que deben ser tratados antes de ingresar	

¿Presenta Restricciones? Si [ ] No [ ] ¿Cuáles? _____

Observaciones:

Concepto Final de Aptitud Ocupacional

Apto sin Limitaciones	[X]	Apto con limitacione	[ ]	Aplazado	[ ]	Apto Manipular Alimentos	[ ]
No Apto	[ ]	Apto para Alturas	[ ]	No Apto para Alturas	[ ]	No Apto Espacios Confinados	[ ]
Apto Espacios Confinados	[ ]						

RECOMENDACIONES EN SALUD OCUPACIONAL

Medicas		Ocupacional				Habitos y estilos de vida saludable	
Remisión a EPS	[ ]	Uso de EPP	[ ]			Inicio de actividad física	[ ]
		Ingreso al SVE				Dejar de fumar	[ ]
Continuar manejo médico	[ ]	Carga fisica	[ ]	Visual	[ ]	Reducir el consumo de alcohol	[ ]
		Ruido	[ ]	Biologico	[ ]	Control del peso	[ ]
Remisión a ARP	[ ]	Radiologico	[ ]	Radiaciones	[ ]	Otro:	[ ]
		Psicolaboral	[ ]	Cardiovascular	[ ]		
Citologia Vaginal	[ ]	otro	[ ]				

Dr. Gustavo Severini
Especialista en Salud Ocupacional
Resolución 1529

Firma del Medico
Licencia de Salud Ocupacional

Luis Fuentes

Firma del Trabajador
CC No. 1119817049

MILAGROS BARRANQUILLA MB
NIT 1.129.575.521-2
CALLE 4 G 15 SUR 18 PISO 2
BARRANQUILLA – ATLÁNTICO

57 3012335791 Productos Milagros Barranquilla @milagros_bquilla

LA SUSCRITA GERENTE DE MILAGROS_ BARRANQUILLA MB
PAOLA PILAR VEGA VEGA

HACE CONSTAR QUE

LUIS ALFREDO FUENTES GUTIERREZ, identificado con la cedula de ciudadanía 1.119.817.149, laboro en esta empresa con un contrato de prestación de servicios, desde el 2 de mayo de 2021 hasta el 31 de diciembre de 2021, realizando labores propias de su profesión como Contador Público.

Se expide la presente constancia en barranquilla, a los 03 dias del mes de mayo de 2022

Paola P Vega V.

PAOLA PILAR VEGA VEGA
CC. 1.129.575.521 de Valledupar

Barranquilla, 3 de mayo de 2022

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

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que el señor **LUIS ALFREDO FUENTES GUTIERREZ**, identificado con cedula de Ciudadanía No. **1.119.817.049** expedida en La Jagua del Pilar, ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE",** los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **2464** de fecha 12 de julio de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 12 de julio al 31 de julio 2022, por un valor de UN MILLON CIENTO TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS PESOS ($1.133.300).
2. No. **2765** 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).
3. No. **3640** de fecha 01 de noviembre de 2022 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de noviembre al 31 de diciembre de 2022, por un valor de TRES MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($3.400.000).
4. No. **358** de fecha 01 de enero de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del día 12 de enero hasta el 28 de febrero de 2023, por un valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($3.800.000).

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS TECNICO ADMINISTRATIVO EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

La presente Certificación se expide por solicitud del interesado, a los veintiocho (28) días del mes de febrero de 2023.

KATHERINE MARIA AMAYA RESTREPO
Jefe Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.

ELABORÓ: RONALDO A. GOMEZ CAMACHO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA

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 1119817049 **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 16/03/2024 04:03 PM

Código Verificación: **72DMGFKZ3**

Válida hasta: **06/04/2024**

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 10:31

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LUIS	ALFREDO	FUENTES	GUTIERREZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1119817049

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	LA GUAJIRA	Municipio	LA JAGUA DEL PILAR

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	CIÉNAGA

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	$20.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$20.000.000,00

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

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
YARELIS		ZULUAGA	

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1082402558

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:

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) **LUIS ALFREDO FUENTES GUTIERREZ**; identificado(a) con **CC** número **1119817049**; se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: **01/01/2020**

Estado de la Afiliación **Vigente**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 14 días del mes 03 del año **2024**

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUIS ALFREDO FUENTES GUTIERREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.119.817.049**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Marzo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

HJMB	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	FACTURACION	08/07/2022

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: LUIS ALFREDO FUENTES GUTIERREZ												Sexo			
												M	X	F	

Tipo de Documento										Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		1.119.817.049	LA JAGUA DEL PILAR	28/02/2011

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	Familiar	Rural	Urbano
			X					X	4	X				X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
-	-	1981	LA JAGUA DEL PILAR	CALLE 14 26-32	CIENAGA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
FUENTESGUTIERREZLUISALFREDO@GMAIL.COM	3016763494	

Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado				6	9	2	0

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
Actividades de contabilidad, teneduria de libros, auditoria financiera y asesoria tributaria	Actividades de contabilidad, teneduria de libros, auditoria financiera y asesoria tributaria

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 BARRENCHE	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	

Direccion de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CARRERA 14 #23-42	SANTA MARTA	ALCAZAREZ	4365007

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales: 1.700.000	Total Egresos mensules: 0
Otros Ingresos Mensules : 1.700.000	Otros Egresos Mensuales:0
Total Activos	Total Pasivos: 00

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes12	Año2021	Es declarante?	SI		NO	X

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

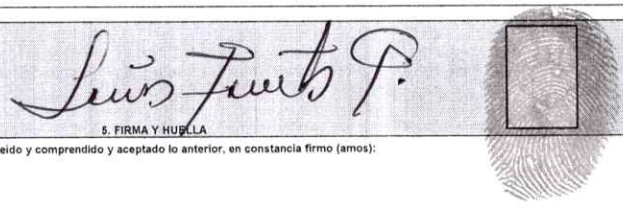
NO

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

DE LA PRETACION DE SERVICIOS

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.
Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.
Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.



5. FIRMA Y HUELLA

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

_____

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento