E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE

LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ADMINISTRATIVO

CODIGO: GJC16F
VERSION: 06
FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 7/09/2023
PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, María Paulina Gonzalez De las casas, Identificado con Cédula No. 57.434.852 S.M y Profesión Admon de empresas.

AUTORIZO que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: _____

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ADMINISTRATIVO – OPS ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad	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**)		x
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		x
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)**.		x
13	Convalidación de Titulo — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		x
14	Tarjeta Profesional		x
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	



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 57.434.352
GONZALEZ DE LAS CASAS
APELLIDOS
MARIA PAULINA
NOMBRES
FIRMA



INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 10-MAY-1972
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
07-SEP-1990 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
A-2100100-51146581-F-0057434352-20060628 07178 06179C 02 187873593

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **57434352**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	57434352	GONZALEZ	DE LAS CASAS	MARIA	PAULINA	2022-07-06, 6:29 pm
2	57434352	GONZALEZ	DE LAS CASAS	MARIA	PAULINA	2022-10-19, 5:01 pm
3	57434352	GONZALEZ	DE LAS CASAS	MARIA	PAULINA	2023-02-08, 6:27 pm
4	57434352	GONZALEZ	DE LAS CASAS	MARIA	PAULINA	2023-06-08, 6:58 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) **MARIA PAULINA GONZALEZ DE LAS CASAS** identificado con C.C./C.E./P.P No. **57434352** 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, el día **18** del mes de **Marzo** de **2024**.

Firma
Nombre **MARIA PAULINA GONZALEZ DE LAS CASAS**
Cédula **57434352 de Santa Marta**

COPIA CONTROLADA

Santa Marta 01 de Abril del 2024

Señores
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Dr. GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA
Ciudad

Cordial Saludo,

Por medio de la presente pongo a su disposición mi Hoja de Vida en donde acredito mi perfily experiencia en el área de la salud. Soy Administradora de Empresas egresada de la Unad y he trabajado en el sector salud desde hace aproximadamente 10 años.

Entre otras empresas donde se maneja la atencion al cliente.

Cordialmente;

MARIA PAULINA GONZALEZ DE LAS CASAS
C.C. 57434352 de Santa Marta

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

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	TECNICO ADMINSTRATIVO EN FACTURACION
Título	
Nombre	MARIA PAULINA
Apellidos	GONZALEZ DE LAS CASAS
Fecha de Nacimiento	10/05/1972 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	MARIA PAULINA GONZALEZ DE LAS CASAS
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	57434352
Dirección	PORTAL DE LAS AVENIDAS MANZANA M CASA 17
Código postal	
Estrato	2
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	mgonzalezdelascasas20@gmail.com
Teléfono	3023173389
Celular	3023173389
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	3023173389
SMS para recuperar la contraseña	3023173389

Editar

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario 14837029247

(415)7707212489984(8020) 000001483702924 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 7 4 3 4 3 5 2	8	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	5 7 4 3 4 3 5 2	1 9 9 0 0 9 0 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
GONZALEZ	DE LAS CASAS	MARIA	PAULINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: MZ M CA 18

42. Correo electrónico: mgonzalezdelascasas20@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 2 3 1 7 3 3 8 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

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

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha 2022 - 07 - 10 / 21 : 13: 06

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GONZALEZ DE LAS CASAS MARIA PAULINA

985. Cargo Contribuyente

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

REPUBLICA DE COLOMBIA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES
GONZALEZ	**DE LAS CASAS**	**MARIA PAULINA**

C.C. ○ **C.E.** ○ **PAS** ○ — SEXO **F** X **M** — NACIONALIDAD PAÍS: **COLOMBIANA**

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE — N° — D.M.:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 10 MES 05 AÑO 72

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: BOGOTA

MUNICIPIC: CUNDINAMARCA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PORTAL DE LAS AVENIDAS MANZANA M CASA 17

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: 3023173389 EMAIL: mgonzalezdelascasas@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10o.	11o.	MES 12 AÑO 1990
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	NO. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X		ADMINSTRADOR DE EMPRESAS	3	2019	NO

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR **[R]**, BIEN **[B]**, O MUY BIEN **[MB]**

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4346262	DIA 1 MES 8 AÑO 2022	DIA 31 MES 8 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
FACTURADOR	FACTURACION	CRA 14 23-42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4346262	DIA 1 MES 9 AÑO 2022	DIA 31 MES 10 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
FACTURADOR	FACTURACION	CRA 14 23-42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
VIVA 1 A		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4365163	DIA 15 MES 2 AÑO 2022	DIA 30 MES 7 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUX ADMISIONES	SIAU	CENTRO COMERCIA MARINELO PLAZA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
MEDIMAS EPS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	Medimas@bdolineaetica.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
18009540006	DIA 28 MES 0 5 AÑO 2018	DIA 1 MES 0 6 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONSULTOR LINEA DE FRENTE	SIAU	CENTRO COMERCIAL ACUARELA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
VIVA 1 A		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4365163	DIA 15 MES 0 2 AÑO 2022	DIA 30 MES 0 7 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ADMINISIONISTA	LINEA DE FRENTE	CENTRO COMERCIAL MARINELO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	atencionalusuario@hujmb.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4365007	DIA 1 MES 8 AÑO 2022	DIA 31 MES 0 8 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONSULTA EXTERNA	FACTURACION	CRA 14 23-42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	atencionalusuario@hujmb.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4365007	DIA 1 MES 9 AÑO 2022	DIA 30 MES 0 9 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONSULTA EXTERNA	FACTURACION	CRA 14 23-42

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO		3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	23	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	**21**	**3**

5 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

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

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

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

6 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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

La Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Ley 52 de 1981, Ley 396 de 1997 y Decreto 1770 de 2006

UNAD

Teniendo en cuenta que

María Paulina González de las Casas

C.C. No. 67031852 de Santa Marta

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la Institución, de conformidad con las normas legales y reglamentarias vigentes, le otorga el título de

Administrador de Empresas

Registro M.E.N. 1688

Dado en Bogotá, D.C., el día 30 del mes de Marzo de 20 19

Rector

Decano Escuela

Acta de Grado No. 248 Fecha 30 - 03 - 2019 Registro de Diploma No. 51783 Libro 15 Folio 14

Secretaria General

60431

ACTA DE GRADO

Inscripción S.E._____

DANE 147001010801

En la ciudad de SANTA MARTA a los SIETE (7) dias del mes de DICIEMBRE se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoria del EXTERNADO NACIONAL HUGO J. BERMUDEZ.

Institución aprobada hasta UNDECIMO GRADO en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad COMERCIAL CONTABLE según RESOLUCION No.17617 del 15 de NOVIEMBRE de 19 88

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO de BACHILLER EN COMERCIAL CONTABLE al graduando cuyo nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación MARIA PULINA GONZALEZ DE LAS CASAS CC57.434.352 de StaMta

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 010 de fecha 7 de diciembre de 1990 que consta de 113 alumnos que comienzan con el nombre de ALMAZO MARTINEZ CARLOS ALBERTO y se cierra con el nombre de VIZCAINO TORRES ROSMARY ESTHER. Firmado y sellado por JULIO CESAR CHI MARTINEZ (Rector) y JULIA ESTHER MOZO LOVERA (Secretario).

Dado en SANTA MARTA a los 7 días del mes de DICIEMBRE de 19 90

Firmado y sellado

RUTH MARIA BOLAÑO GUERRERO
El Rector o Director

CC No.39.026.328 de Ciénaga

JULIA ESTHER MOZO LOVERA
El Secretario

CC No.36.536.454 de Sta Mta

Diploma No._____

LABORATORIO CLÍNICO
MARTINEZ

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso **Fecha de consulta:** 11/07/2022

Información paciente

Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Empresa en misión:
Nombre completo: MARIA PAULINA GONZALEZ DE LAS CASAS
Identificación: CC: 57434352
Responsable: El mismo paciente
Acompañante: Ninguno
Cargo: FACTURADOR
Fecha nacimiento: 10/05/1972
Edad: 50
Genero: Femenino
Estado civil: Casado
Escolaridad: Pregrado (Universitaria)
Teléfono:
Dirección: Magdalena, Santa marta,
Nº hijos: 1
ARL:
EPS: Famisanar EPS
AFP: Protección S.A.



Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

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.

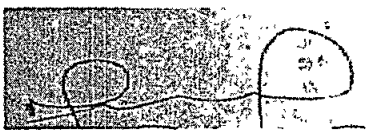
Recomendaciones especificas

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, DIETA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

NOTAS: DEBE CUMPLIR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD EMPRESARIAL PARA EL MANEJO DEL COVID 19

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

Aspirante o trabajador
MARIA PAULINA GONZALEZ DE LAS CASAS
Identificación: CC: 57434352



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, **MARIA PAULINA GONZALEZ DE LAS CASAS,** identificada con cedula de Ciudadanía **No. 57.434.352** expedida en Santa Marta (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE",** los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **CD20222470** de fecha 29 de junio de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 03 de agosto al 31 de agosto 2022, por un valor de TRES MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($3.400.000).
2. No. **CD20223529** de fecha 02 de septiembre de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 14 de septiembre al 31 de octubre de 2022, por un valor de TRES MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($3.400.000).
3. No. **CD20223646** de fecha 01 de noviembre de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de noviembre al 31 de diciembre de 2022, por un valor de TRES MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($3.400.000).
4. No. **CD20230366** de fecha 12 de enero de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 20 de enero al 28 de febrero 2023, por un valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($3.800.000).
5. No. **CD20231812** de fecha 04 de marzo de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 07 de marzo al 31 de mayo 2023, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).
6. **ADICION EN VALOR Y TIEMPO** de fecha 01 de junio de 2023, a la orden de prestación de servicio **No. CD20231812,** con un plazo de ejecución del 01 al 30 de junio de 2023, por un valor de UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS ($1.900.000).
7. No. **CD20233037** de fecha 14 de julio de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 17 de julio al 30 de septiembre de 2023, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).
8. No. **CD20234009** de fecha 04 de octubre de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 11 de octubre al 31 de diciembre de 2023, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS COMO TÉCNICO ADMINISTRATIVO EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACIÓN DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los veinte (20) 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.

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

Powered by CamScanner

LABOR HUMANA
calidad · talento · eficiencia

EL SUSCRITO (A) COORDINADOR DE GESTION HUMANA.

NIT 900.404.273-3

CERTIFICA

Que el (la) señor (a) **MARIA PAULINA GONZALEZ DE LAS CASAS** identificado con cedula de ciudadanía **57.434.352** estuvo vinculado (a) a nuestra empresa a través de un contrato individual de trabajo por la duración de una obra o labor determinada para trabajadores en misión, desde el **15 días del mes de febrero de 2022** Hasta el **30 días del mes de julio de 2022.**

Fue asignado(a) en calidad de trabajador(a) en misión a la Empresa Usuaria **VIVA 1A IPS S.A.** y su labor contratada fue de **AUXILIAR DE ADMISIONES**

Se expide la siguiente certificación con destino al interesado a los 09 días del mes de abril de 2023.

FRANK QUINTANA VILLALBA.

FIRMA DIGITALIZADA COVID-19
confirmación cartas laborales por correo electrónico:
fquintana@grupointegral.com.co

MEDIMAS E.P.S. S.A.S.
NIT. 901.097.473-5

CERTIFICA:

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de nómina el (la) señor (a) **MARIA PAULINA GONZALEZ DE LAS CASAS** identificado (a) con cédula de ciudadanía número **57434352**, laboró en la empresa **MEDIMAS E.P.S. S.A.S.** desde el 28 mayo de 2018 hasta el día 1 de junio de 2020 con contrato de trabajo a término INDEFINIDO, el último cargo desempeñado fue **ASESOR DE SERVICIO AL CLIENTE**.

En constancia de lo anterior se expide este documento en la ciudad de Bogotá el 1 de junio de 2020.

La información de la presente certificación puede ser confirmada en nuestra línea de atención en Bogotá 5559300 extensión 1712, al celular 3014040833 o los correos electrónicos cevelezt@medimas.com.co o apvalerom@medimas.com.co.

RUBEN ALONSO YEPES ARIAS
Director de Compensación y Nómina
MEDIMAS E.P.S. S.A.S.

COSTA ATLANTICA - SANTA MARTA

No. 018563

LA DIRECTORA DE RELACIONES LABORALES DE LA FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA

CERTIFICA:

Que la señora **MARIA PAULINA GONZALEZ DE LAS CASAS** identificada con la cédula de ciudadanía número **57.434.352** expedida en Santa marta, laboró en nuestra institución desde el día 13 de Julio de 2011 hasta el día 25 de Mayo de 2018 con un contrato de trabajo (Por obra o labor contratada).

La señora **MARIA PAULINA GONZALEZ DE LAS CASAS** se desempeñó en el cargo de AUXILIAR DE FACTURACION en el área de Facturación SM de la Fundacion Cardiovascular de Colombia.

Se expide a solicitud de la interesada, en el municipio de Floridablanca(Santander) a los diecinueve (19) días del mes de Junio de 2020.

Atentamente,

FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA
RELACIONES LABORALES

ALICIA PABON SALAZAR
Directora Relaciones Laborales

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 57434352 **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 15/03/2024 10:54 AM

Código Verificación: **3XWQ1F45GR**

Válida hasta: **13/06/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

sigepII FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA PERSONA NATURAL (LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, MARIA PAULINA GONZALEZ DE LAS CASAS

IDENTIFICADO CON: X C.E. T.I. N° 57,434,352 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA
Dirección	PORTA DE LAS AVENIDAS MANZANA M CASA 17	Teléfonos	3023173389		

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995 **PARA TOMAR POSESION X** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	1,900,000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	-
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 1,900,000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
AV VILLAS	AHORRO	855742743	SANTA MARTA	$ -

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARIA PAULINA GONZALEZ DE LAS CASAS identificado(a) con CC 57434352 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de	19/11/2018
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM SANTA MARTA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 14 días del mes marzo del 2024 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MARIA PAULINA GONZALEZ DE LAS CASAS identificado(a) con C.C No. 57.434.352, 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 15 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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **MARIA PAULINA GONZALEZ DE LAS CASAS** identificado con **CC** No. **57434352**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE - NI. 891780185	**Fecha de inicio de cobertura:** 01/09/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/01/2024 **Fecha fin de Contrato:** 31/03/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401013320581.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 días del mes de marzo de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Mendez 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	SANTA MARTA	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos MARIA PAULINA GONZALEZ DE LAS CASAS											Sexo			
											M		F	X

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	x	C.E		T.I		R.C		PP	57434352	SANTA MARTA	07/09/1990

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
10	05	1972	BOGOTA	MANZANA M CASA 17 PORTA DE LAS AVENIDAS	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
mgonzalezdelascasas20@gmail.con	3023173389	

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
SALUD	FACTURADOR

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos de 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
CRA 14 23-42	SANTA MARTA	ALCAZARES	4346262

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 1.700.000			Total Egresos mensules 1.0000.000				
Otros Ingresos Mensules 0			Otros Egresos Mensuales 0				
Total Activos 1.700.000			Total Pasivos 1.0000.000				
Mes y año de corte de la información financiera suministra	Mes	Año	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:

NO

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: __TRABAJO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE 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 leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento