REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.103.740.795**

FUNEZ SOCARRAS
APELLIDOS

RICARDO JOSE
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-NOV-1996**
SINCELEJO
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

04-DIC-2014 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2100100-00672078-M-1103740795-20150223 **00432**44495A 1 43680410

SIJI

Pantalla Principal

persona natural

Persona Jurídica

Ingreso numero de identificacion

Verificar Registro

Ha buscado el número de identificación: 1103740795 resultados encontrados:

#	No Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	primer nombre	segundo nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1103740795	FUNEZ	SOCARRAS	ricardo	JOSÉ	2022-02-23, 7:27 am

Todos los Derechos Reservados © 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) Ricardo José Funez Socarras identificado con C.C No. 1103740795 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 14 del mes de Marzo de 2024.

Firma _____

Nombre Ricardo José Funez Socarras

Cédula 1103740795

Escritorio > Configuraciones de Perfil

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

Editar

Información del usuario



Género	Hombre
Cargo	
Título	
Nombre	RICARDO JOSE
Apellidos	FUNEZ SOCARRAS
Fecha de Nacimiento	15/11/1996 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	RICARDO JOSE FUNEZ SOCARRAS
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1103740795
Dirección	BARRRIO EL CUNDI
Código postal	
Estrato	1
Ubicación	Colombia
País	COLOMBIA
Correo electrónico	funezricardo2021@gmail.com
Teléfono	
Celular	3219344085
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	3219344085
SMS para recuperar la contraseña	3219344085

Editar

Santa Marta D.T.C.H, 01 Abril de 2024

Señores
E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

REFERENTE: PROPUESTA PROCESO DE CONTRATACION DIRECTA PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNICO ADMINISTRATIVO EN EL AREA DE FACTURACION

Yo, **RICARDO JOSE FUNEZ SOCARRAS**, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.103.740.795 de Santa Marta, mediante el presente me permito dejar en consideración el asunto de la referencia. Para lo cual pretendo prestar mis servicios de **TECNICO ADMINISTRATIVO EN LA SALUD DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**. Con un alto grado de responsabilidad y eficiencia, plasmando las metas y objetivos encomendados por **la E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, esto se traducirá en el cumplimiento de las tareas diarias dando **APOYO ADMINISTRATIVO** donde lo requiera el ente.

Agradeciendo su amable colaboración.

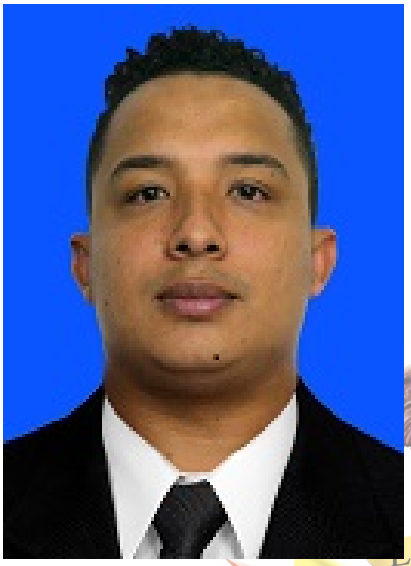
Atentamente,



RICARDO JOSE FUNEZ SOCARRAS
C.C **1.103.740.795** de Santa Marta

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL

DIRECCIÓN DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS



Republica De Colombia
Ministerio De Defensa
Fuerzas Militares
Ejercito Nacional

RICARDO JOSE FUNEZ SOCARRAS
C.C. 1103740795

Fecha de Exp.
13/03/2024

Distrito Militar
012

Tarjeta Militar
2da Clase

Fecha de la constancia
13/03/2024

Código de verificación
1710386630

Pertenece a la reserva de

Fecha de 1era línea	Fecha de 2da línea	Fecha de 3da línea
2026	**2036**	**2046**

Este documento es obligatorio presentarlo para todos los actos públicos y privados determinados por la ley 1861/2017 y demás leyes que lo modifiquen o adicionen

PATRIA, HONOR, LEALTAD

DIRECCIÓN DE RECLUTAMIENTO

Cra. 11 B No. 104ª-64 Bogotá D.C- Colombia
CallCenter: (601) 4261420
Horario de atención de Lunes a Viernes de 7:00 AM - 5:00 PM

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14935021572

(415)7707212489984(8020) 000001493502157 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 0 3 7 4 0 7 9 5	6	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 0 3 7 4 0 7 9 5	2 0 1 4 1 2 0 4

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
FUNEZ	SOCARRAS	RICARDO	JOSE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CR 16 7 27 BRR BONDA

42. Correo electrónico richardfunezsocarras@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 9 3 4 4 0 8 5	3 0 0 2 8 6 2 0 1 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 1 1	2 0 2 2 0 2 0 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
4 9																									

53. Código 4 9
49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros																				Exportadores						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						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 2023 - 08 - 04 / 15 : 50: 30

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 FUNEZ SOCARRAS RICARDO JOSE
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*
Funez	Socarras	Ricardo

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*SEXO*	*NACIONALIDAD*	*PAÍS*
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1103740795	F ( ) M (X)	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 15 MES 11 AÑO 1996

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SINCELEJO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 15A 15 60 San José Cundí

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3219344085 EMAIL funezricardo2021@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	2014
										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 3219344085	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	03	*Año* 2021	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL FACTURADOR	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 COMUNA 4 - SANTA MARTA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MADERARTE SANTA MARTA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3219344085	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	07	*Mes*	04	*Año* 2019	*Día*	21	*Mes*	03	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL SUPERVISOR DE CARPINTERIA	*DEPENDENCIA* CARPINTERIA GENERAL					*DIRECCIÓN* - BONDA - SANTA MARTA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD BONDANERA FUTBOL 5			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3219344085	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	24	*Mes*	03	*Año* 2017	*Día*	03	*Mes*	04	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL REQUIERE CORRECION	*DEPENDENCIA* ACTIVIDAD FISICA Y DEPORTIVA					*DIRECCIÓN* - BARRIO BONDA - SANTA MARTA						

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*						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	11

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 Santa Marta, 13 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 su nombre la
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL AGROPECUARIA Y AMBIENTAL

"Urbano Molina Castro"

LOS ANDES NUEVA GRANADA - MAGD.

Aprobada Según Resolución N°. 1060 del 8 de Noviembre de 2013
Emanada de la Secretaria de Desarrollo de la Educación del Departamento del Magdalena

Confiere a:

RICARDO JOSE FUNEZ SOCARRAS

T.I. No. 1103740795 DE NUEVA GRANADA MAGD.

El Título de

Bachiller Técnico

En Explotaciones Agropecuarias Ecológicas

Por haber alcanzado los logros de formación correspondientes al nivel de educación media Técnica en Explotaciones Agropecuarias Ecológicas de acuerdo al proyecto Educativo institucional P.E.I. de la Institución. Anotada en el control interno del plantel en el

Libro No. 01 Folio No. ____ Diploma No. 21

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL AGROPECUARIA Y AMBIENTAL "URBANO MOLINA CASTRO"

Esp. Neil José Saumet Reales
C.C. No. 85. 456. 339 de Santa Marta
RECTOR

Elizabeth Martinez M.
Elizabeth Martínez Martínez
C.C. No. 1.082.245.319 de Ariguaní Magd.
Secretaria

Dado en Los Andes - Nueva Granada - Magd. a los 6 días del mes de Diciembre del 2014

REPÚBLICA DE COLOMBIA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL AGROPECUARIA Y AMBIENTAL

"Urbano Molina Castro"

Aprobada Según Resolución N°. 1060 del 8 de Noviembre de 2013
Emanada de la Secretaria de Desarrollo de la Educación del Departamento del Magdalena

Dirección: Calle Principal, Los Andes Tel. 313-5340292

DANE 247460002331

NIT 819.002.876 – 5

JORNADA DIURNA

LOS ANDES NUEVA GRANADA - MAGD.

Acta de Grado

En el corregimiento de los Andes, Municipio de Nueva Granada Departamento del Magdalena, a los 6 días del mes de Diciembre del año 2014, se reunieron los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la **INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL AGROPECUARIA Y AMBIENTAL "URBANO MOLINA CASTRO"**, aprobada mediante Resolución N° 1060 del 8 de Noviembre de 2013, en los niveles de Educación Preescolar, Básica Primaria, Básica Secundaria y Media Técnica emanada por la Secretaria de Desarrollo de Educación Departamental, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del grado 11°.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Media Técnica y llenando los requisitos establecidos en el Proyecto Educativo Institucional, se procedió a otorgar el título de **BACHILLER TÉCNICO EN EXPLOTACIONES AGROPECUARIAS ECOLÓGICAS**, a los graduandos cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación.

RICARDO JOSE FUNEZ SOCARRAS
T.I. No. 1103740795 DE NUEVA GRANADA MAGD.

Es fiel copia tomada del Acta original general N° 018 de fecha 6 de Diciembre del año 2014 que consta de 54 estudiantes que comienzan con el nombre de **ADRIANIS DEL CARMEN ACOSTA CARRERA** y cierra con el nombre de **YEINIS YULIETH VILORIA ARIAS**. Firmado y sellado por el **Esp. Neil José Saumet Reales** (Rector) y **Elizabeth Martínez Martínez** (secretaria).

Dado en la Dirección del Plantel a los 6 días del mes de Diciembre de 2014

FIRMADO SELLADO

Esp. Neil José Saumet Reales
C.C. No. 85. 456. 339 de Santa Marta
RECTOR

Elizabeth Martínez Martínez
C.C. No. 1.082.245.319 de Ariguaní Magd.
Secretaria

Grupo de Admisiones, Registro y Control Académico

CERTIFICA:

Que RICARDO JOSE FUNEZ SOCARRAS, identificado(a) con código No. 2015113019 y C.C. 1103740795, se encuentra activo(a) y matriculado(a) en su QUINCEAVA matrícula financiera en el programa INGENIERÍA PESQUERA de la FACULTAD DE INGENIERIA aprobado mediante SNIES:884, en esta Institución, en el primer (I) período académico del año 2024.

La presente constancia se expide a solicitud del interesado. Se firma en Santa Marta el día 10 de marzo de 2024.

Código de Verificacion: 1362062015113019

Puede verificar la autenticidad de este documento en la página
http://admisiones.unimagdalena.edu.co/estudiantes/Certificados/consultor.jsp

Este certificado tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición y se genera a solicitud de: **AL INTERESADO**

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Examen de ingreso: **X**

Fecha:14 /03/24
Ciudad: Santa Marta, Magdalena
Empresa: **E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche**
Dependencia: Facturación
Nombres y Apellidos: **Ricardo José Fúnez Socarras**
Cédula Ciudadanía: 1103740795
Sexo: M
Edad: 27 Años
Escolaridad: técnico
Cargo a Desempeñar: Facturador
Teléfono Celular: 3219344085
Correo Electrónico: funezricardo2021@gmail.com

Examen Médico Ocupacional

- **Osteomuscular: Arcos de Movilidad:** Normal
- **Valoración y Estimación Visual y Auditiva** en Rango Normalidad.
- **Aptitud al desempeño laboral:** Positiva

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

Previa entrega datos clínicos, comunicación y examen Médico normal, se hacen reinducción en la importancia del uso de Elementos de Protección Personal, según los factores biomecánicos, sIcolaborales, Bioseguridad y otros implícitos en el programa de SG-SST, Acatando las medidas frente a los Factores de Riesgos Biológicos y ante las emergencias sanitarias como Covid-19, Otros Virus y Bacterias

Recomendaciones:

- Hábitos de Estilo de Vida Saludable
- Seguimiento en su EPS para su Patología
- Higiene Postural y de Carga Pausas Saludables
- Uso de EPP
- Cumplimiento de Normas de Higiene y Seguridad en la Empresa.

Hacemos constar que hemos realizado examen médico el trabajador y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución yestará disponible para los fines legales pertinentes.
El Trabajador ha declaro bajo la gravedad del juramento, que los datos que ha suministrado para la elaboración del presente documento, son veraces y que no ha omitido información sobre su estado de salud. Evaluada por tele consulta decreto 358 del 2020–telemedicina resolución 2654 de 2019 artículo 2de la ley 1419 de 2010

.

Santander Marquez Bustamante
MEDICO CIRUJANO
RM.0556 S.S.M - LIC.11030
UNIMETRO - UNINORTE

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

Carrera 24 # 19 – 07 Tel: 3126662123 – 3187691250-3164675675 -3013103323
serviciosmedicosamb19@gmail.com
Santa Marta – Colombia

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA

La salud es de todos — Minsalud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador		4700101639 - SANTANDER ANTONIO MARQUEZ BUSTAMANTE			
Código y Nombre de la Sede		470010163901-Santander Antonio Marquez Bustamante			
Departamento	Distrito:SANTA MARTA	Municipio	Distrito:SANTA MARTA	Dirección	Carrera 24 # 19 - 07 . Barrio: Libertador .
Grupo del Servicio		Consulta Externa			

423 - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Servicio de Salud Habilitado

Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: ***DHSS0343086***

Verifique la información de este documento, ingresando a: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo_dhss.aspx y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios:DHSS0343086

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la Secretaria de Salud Distrital de Santa Marta - Dirección:AVENIDA LIBERTADOR N° 25-55 - Telefono(s):4209632 - 4209600 EXT 1415 4209600 EXT 1415 - Correo Electronico:saluddistrital@santamarta.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 31 - 01 - 2022 (DD-MM-AAAA).

Fecha de Impresión: martes 08 de febrero de 2022 (8:10 a.m.).

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en la Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, o las normas que la modifiquen o sustituyan.

Código interno MinSalud_PS:140030155

Versión 3.0.

Carrera 24 # 19 – 07 Tel: 3126662123 – 3187691250-3164675675 -3013103323
serviciosmedicosamb19@gmail.com
Santa Marta – Colombia

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 **RICARDO JOSE FUNEZ SOCARRAS,** identificado (a) con cedula de Ciudadanía No. **1.103.740.795,** expedida en Santa Marta (Magdalena), presta los servicios como **Técnico Administrativo en el Grupo de Trabajo de Facturación** en la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE". Desde el 04 de marzo de 2021, mediante la modalidad de contratos de prestación de servicios, con una consignación mensual de UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS ($1.900.000).

VIGILADO Supersalud

La presente Certificación se expide por solicitud del interesado, el primer (01) día del mes de febrero de 2023.

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

ELABORÓ: RONALD A. GOMEZ CAMACHO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA.

BONDANERA FUTBOL 5

NIT: 63523568-8

Calle 8 #16-27 Bonda

CERTIFICA

Que el señor **RICARDO JOSE FUNEZ SOCARRAS.** Identificado con cedula de ciudadania No. 1103740795 Laboró en cancha sintetica **BONDANERA FUTBOL 5** como administrador general desde el 24 de marzo de 2017 hasta el 3 de abril del 2019, devagando un salario de **$ 1.200.000 pesos** mensuales.

Para constancia de lo anterior se firma en santa marta a los cinco (5) dias del mes de enero del dos mil veintiuno (2021).

cordialmente .

SARINA SANCHEZ SOCARRAS

CC. 63523568

TEL. 3135623131

MADERARTE SANTAMARTA

NIT: 901343262-3

CRA 16 # 7-27 BONDA

CERTIFICA

Que el señor **RICARDO JOSE FUNEZ SOCARRAS.** Identificado con cedula de ciudadania No. 1103740795 Laboró en la empresa **MADERARTE SANTAMARTA** como administrador general desde el 7 de abril del 2019 hasta e 21 de marzo de 2020, devagando un salario de **$ 1.400.000 pesos** mensuales.

Para constancia de lo anterior se firma en santa marta a los tres (3) dias del mes de enero del dos mil veintiuno (2021).

cordialmente .

LAURA BAUTISTA RODRIGUEZ

CC. 1000454654

TEL. 3235808375

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 1103740795 **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 09:09 AM

Código Verificación: **7M6DFP4QA9**

Válida hasta: **13/06/2024**

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	2023-08-04 15:22

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
RICARDO	JOSE	FUNEZ	SOCARRAS

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1103740795

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	SUCRE	Municipio	SINCELEJO

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	$20.400.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$20.400.000,00

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 [ ] No [X]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Bogotá, Marzo / 13 de 2024

Señor (a): RICARDO JOSE FUNEZ SOCARRAS
CC. 1103740795
MZ 11 CA 28 ANDREA C
SANTA MARTA

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

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

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Mayo / 1 de 2021, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

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

Cordialmente,

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

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

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:

RICARDO JOSE FUNEZ SOCARRAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.103.740.795**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Marzo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

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

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos RICARDO JOSÉ FUNEZ SOCARRAS											Sexo			
											M	X	F	

Tipo de Documento							Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1103740795	COLOMBIA	04-dic-14

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
15	11	1996	SANTA MARTA	MZ 11 CASA 28 ANDREA CAROLINA	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
FUNEZRICARDO2021@GMAIL.COM	3219344085	

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
3110	ASALARIADO

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 JULIO MENDEZ BARRENECJE	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR ADMINISTRATIVO

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

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	$1,900,000	Total Egresos mensules	$ 1,900,000
Otros Ingresos Mensules		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministra	Mes	Año	Es declarante? SI [ ] NO [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 políticamente 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

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