En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** AILEN PAOLA MONTERO MARSAL, Identificado con Cédula No. 1.235.539.550 y Profesión TECNICO ADMINISTRATIVO EN SALUD **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: Ailen Montero Marsal

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ADMINISTRATIVO – OPS ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
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	

COPIA CONTROLADA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.235.539.550

MONTERO MARSAL

APELLIDOS

AILEN PAOLA

NOMBRES

Ailen Montero

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-SEP-1999

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 O- F

ESTATURA G.S. RH SEXO

26-SEP-2017 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-2100150-00944396-F-1235539550-20171007 0057937868A 1 49027368

SIJI

Pantalla Principal

persona natural

Persona Jurídica

Ingreso numero de identificacion

Verificar Registro

Ha buscado el número de identificación: **1235539550**

resultados encontrados:

#	No Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	primer nombre	segundo nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1235539550	MONTERO	MARSAL	AILÉN	PAOLA	2022-02-23, 8:09 a. m.

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022.

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

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	
Título	
Nombre	AILEN PAOLA
Apellidos	MONTERO MARSAL
Fecha de Nacimiento	23/09/1999 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	AILEN PAOLA MONTERO MARSAL
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1235539550
Dirección	CARRERA 19 # 5-45 BONDA
Código postal	
Estrato	1
Ubicación	Colombia
País	COLOMBIA
Correo electrónico	ailenmarzal999@gmail.com
Teléfono	
Celular	3125657509
Nivel Educativo	Uno o más años de técnica o tecnológica

Configuración

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

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windo

Santa Marta D.T.C.H, 1 de Abril del 2024

SEÑORES
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENCHE

Asunto: **PROPUESTA DE TRABAJO CENSORISTA**

Yo, **AILEN PAOAL MONTERO MARSAL,** identificado con la cedula de ciudadanía **No. 1.235.539.550 de Santa Marta- Magdalena,** mediante el presente me permito dejar en consideración el asunto de la referencia.

Para lo cual pretendo prestar mis servicios de **TECNICO ADMINISTRATIVO EN EL AREA DE FACTURACION DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.** con un alto grado de responsabilidad y eficiencia, plasmado las metas y objetivos encomendados por la **E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, eso se traducira en el cumpliento de las areas diarias.

Agradeciendo su amable colaboración.

Atentamente,

Ailen Montero Marsal

AILEN PAOLA MONTERO MARSAL

C.C 1.235.539.880

de Santa Marta- Magdalena

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) AILEN PAOLA MONTERO MARSAL identificado con C.C./C.E./P.P No. 1.235.539.550 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 15 del mes de Marzo de 2024.

Firma 
Nombre **AILEN PAOLA MONTERO MARSAL**
Cédula **1.235.539.550**

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14945513747

(415)7707212489984(8020) 000001494551374 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 2 3 5 5 3 9 5 5 0	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	1 2 3 5 5 3 9 5 5 0	2 0 1 7 0 9 2 6

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
MONTERO	MARZAL	AILEN	PAOLA

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 # 5 45

42. Correo electrónico ailenmarzal999@gmail.com

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

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
0 0 1 0	2 0 2 1 0 9 0 8	0 0 8 1	2 0 2 1 0 9 0 8					

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	5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 09 - 11 / 10 : 47: 15

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 MONTERO MARZAL AILEN PAOLA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
Montero	Marsal	Ailen Paola

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1235539550 — *SEXO*: F (X) M ( ) — *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 23 MES 09 AÑO 1999

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3125657509 EMAIL ailenmarzal999@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*	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2017
										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	2	X		ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD	10	2019	

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*

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 ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	09	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO - FACTURACION	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION - FACTURACION C						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*							
DEPARTAMENTO		*MUNICIPIO*				*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*		*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*						*DIRECCIÓN*					

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	6

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 **SANTA MARTA, 15 DE MARZO DE 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 Distrital Bonda

Aprobado por Resolución No.0760 del 22 de Agosto de 2005
emanada de la Secretaría de Educación Distrital
Santa Marta - Magdalena

Confiere a:

Ailen Paola Montero Marsal

Identificado(a) con C.C. No. 1.235.539.550 de Santa Marta (Magdalena)

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, según programa de estudio, Ley 115 de 1994, Decretos 1860 de 1994 - 1290 de 2009 - 1075 del 26 de Mayo de 2015 y el Proyecto Educativo Institucional

Cilson Emilio Granados Gómez
C.C. No. 12.552.790 de Santa Marta
Rector

Belquis Moreno Molina
C.C. No. 36.540.690 de Santa Marta
Auxiliar Administrativo

Anotado al Folio No. 08 *Libro de Registro No.* 02 *Acta No* 044

Dado en Santa Marta - Magdalena, a los 6 días del mes de Diciembre del año 2017

Este diploma no requiere registro, Decreto No.921 del 06 de Mayo de 1994, expedido en el M.E.N.

República de Colombia

Acta de Grado

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

Institución Educativa Distrital Bonda

SANTA MARTA

Aprobada Según Resolución No. 0760 de Agosto 22 de 2005

ACTA DE GRADO INDIVIDUAL

En la ciudad de Santa Marta, a los Seis (6) días del mes de Diciembre del año 2017, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de Undécimo grado, el suscrito Rector y Auxiliar Administrativo de la **INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL BONDA,** aprobada por resolución No. 0760 de Agosto 22 de 2005 y autorizada por la Secretaría de Educación Distrital para otorgar el Título de **BACHILLER ACADEMICO,** correspondiente al nivel de Educación Media.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el Título de: ***BACHILLER ACADEMICO*** al graduando cuyos apellidos, nombres y número de documento de identidad, se relacionan a continuación:

MONTERO MARSAL AILEN PAOLA
C.C. 1.235.539.550 de Santa Marta (Magd.)

Es fiel copia tomada del Acta original No. **044** de fecha 6 de Diciembre de 2017 que consta de 73 alumnos graduados, comienza con los apellidos y nombres de **ARBOLEDA MORENO CAMILO ANDRES** y cierra con los apellidos y nombres de **YUNDA LEOTUR JERALDEINE**, firmado y sellado por **CILSON EMILIO GRANADOS GÓMEZ, Rector** y **BELQUIS MORENO MOLINA, Auxiliar Administrativo.**

Dada en Santa Marta, a los Seis (6) días del mes de Diciembre del año 2017.

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

Firmado y Sellado

CILSON EMILIO GRANADOS GÓMEZ
C.C. 12.552.790 de Santa Marta
Rector

BELQUIS MORENO MOLINA
C.C. 36.540.690 de Santa Marta
Auxiliar Administrativo

REPÚBLICA DE COLOMBIA

LA CORPORACIÓN ASMEDAS MAGDALENA -SS-
"ASMEMAG"

INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 0508 y Registro de Programa según Resolución No. 1094, emanada por la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo No. 00217 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

CONFIERE EL CERTIFICADO DE TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIA EN

AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD:

Ailen Paola Montero Marsal

DOCUMENTO DE IDENTIDAD No. 1235539550

Por haber cursado y aprobado el programa de Auxiliar Administrativo en Salud, con una intensidad total de 1600 horas.

Dado en Santa Marta, a los Treinta y Un (31) días del mes de Octubre del año 2019.

DIRECTOR **SECRETARIA GENERAL**

Anotado en el folio No. 65 Registro 99 del Libro de Actas 0003

F-CAO-416 V.4

ASMEMAG

Corporación ASMEDAS Magdalena -SS-

Nit: 900258910-0

Acta De Certificación Individual No. 039

En la ciudad de Santa Marta, a los Treinta y un (31) días del mes de Octubre del año Dos Mil Diecinueve (2019) se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los estudiantes de los programas **AUXILIAR EN ENFERMERÍA, AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD, AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS Y AUXILIAR EN SALUD ORAL** el suscrito Director y la Secretaria General de la **CORPORACIÓN ASMEDAS MAGDALENA –SS- "ASMEMAG"**, Institución con licencia de funcionamiento según Resolución número 0508 del 03 de Mayo de 2010 y Registro de Programa según Resolución número 1094 del 12 de Diciembre de 2016, emanada por la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo número 00217 del 30 de Agosto de 2016 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

Comprobada la situación legal y académica de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD** al estudiante cuyos nombres, apellidos e identificación se relacionan a continuación:

Ailen Paola Montero Marsal

Documento de Identidad No. 1235539550

Es fiel copia del acta original No. 039, de fecha 31 de Octubre del año 2019 e inicia con los apellidos y nombres de **ACEVEDO DE LEON VALENTINA JUDITH** y culmina con los apellidos y nombres de **USMA VERGARA MARIA ALEXANDRA.**

Firmado y sellado por **MANUEL DEL PRADO BRITO**, Director y **KATERINE GUTIERREZ DAZA**, Secretaria General.

Dado en Santa Marta D.T.C.H., a los Treinta y un (31) días del mes de Octubre del año Dos Mil Diecinueve (2019).

Firmado y Sellado

MANUEL DEL PRADO BRITO
Director

KATERINE GUTIERREZ DAZA
Secretaria General

República de Colombia
Gobernación Departamento del Magdalena

RESOLUCIÓN Nro. 47 # 3992

Por la cual se registra un titulo
LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 03 de 1994, de la Ley 1164 del 03 de Octubre de 2007 y el Decreto 4192 de Noviembre 09 de 2010.

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **AILEN PAOLA MONTERO MARSAL** identificado(a) con Cedula de Ciudadania No. 1,235,539,550, expedida Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACION** para desempeñarse como **TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD,** según CERTIFICADO, otorgado por EL INSTITUTO DE FORMACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO "ASMEMAG", con Acta de Certificacion Individual No. 039 del 31 de Octubre de 2019.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes:

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **AILEN PAOLA MONTERO MARSAL,** identificado (a) con Cedula de Ciudadania No. 1,235,539,550, expedida en Santa Marta - Magdalena, para desempeñarse como **TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD,** en el territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha: 13 NOV 2019

ANSELMO HOYOS FRANCO
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

Revisó: Piedad De la Hoz O.
Proyectó: Martha Vásquez M.

Laboratorio Clínico
Martinez
Dra. Patricia Martinez - Dra. Daissy Martinez

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso **Fecha de consulta:** 08/09/2021

Información paciente



Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Empresa en misión:
Nombre completo: Ailen Paola Montero Marsal
Identificación: CC: 1235539550
Responsable: El mismo paciente
Acompañante: Ninguno
Cargo: FACTURADORA
Fecha nacimiento: 23/09/1999
Edad: 21
Genero: Femenino
Estado civil: Soltero
Escolaridad: Técnica
Teléfono:
Dirección: Magdalena, Santa marta,
Nº hijos: 0
ARL:
EPS: EPS Sanitas
AFP:

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
Ailen Paola Montero Marsal
Identificación: CC: 1235539550

EL COORDINADOR DE DOCENCIA – SERVICIO E INVESTIGACIÓN

HACE CONSTAR

Que la joven **AILEN PAOLA MONTERO MARSAL**, identificada con cédula de ciudadanía № 1.235.539.550 de Santa Marta (Magdalena), del programa Auxiliar Administrativo en Salud de la Corporación ASMEDAS Magdalena -SS- ASMEMAG, realizó sus prácticas formativas durante el periodo comprendido del 29 de octubre de 2018 hasta el 30 de agosto de 2019, cumpliendo con el reglamento, el horario, las actividades encomendadas y observo buen comportamiento.

Se expide la presente certificación en Santa Marta D.T.C.H., a los seis (06) días del mes de noviembre del dos mil diecinueve (2019).

VIGILADO Supersalud

ALVARO SAADE URUETA
Coordinador

PROYECTÓ: JUANA Ma. PERTUZ C

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, **AILEN PAOLA MONTERO MARSAL**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **1.235.539.550** 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. **2932** de fecha 10 de septiembre 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 10 de septiembre al 30 de septiembre de 2021, por un valor de UN MILLON CINCUENTA MIL PESOS ($1.050.000).
2. No. **3878** de fecha 05 de octubre de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 05 al 31 de octubre de 2021, por un valor de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS ($1.500.000).
3. No. **3955** de fecha 02 de noviembre de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de noviembre al 30 de noviembre de 2021, por un valor de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS ($1.500.000).
4. No. **4127** de fecha 01 de diciembre de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de diciembre al 31 de diciembre de 2021, por un valor de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS ($1.500.000).
5. No. **646** de fecha 01 de enero de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 28 de febrero 2022, por un valor de TRES MILLONES DE PESOS ($3.000.000).
6. No. **1055** de fecha 01 de marzo de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de marzo al 31 de marzo de 2022, por un valor de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS ($1.500.000).
7. No. **1280** de fecha 01 de abril de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 31 de mayo 2022, por un valor de TRES MILLONES DE PESOS ($3.000.000).
8. No. **2285** de fecha 01 de junio de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de junio al 31 de julio 2022, por un valor de TRES MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($3.400.000).
9. No. **CD20222647** de fecha 01 de agosto de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de agosto al 31 de octubre 2022, por un valor de CINCO MILLONES CIEN MIL PESOS ($5.100.000).
10. No. **CD20223625** 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).

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

11. No. **CD20230343** de fecha 01 de enero de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 06 de enero al 28 de febrero 2023, por un valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($3.800.000).
12. No. **CD20231796** de fecha 04 de marzo de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 07 de marzo al 31 de mayo de 2023, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTO MIL PESOS ($5.700.000).
13. **ADICION EN TIEMPO Y VALOR** de fecha 01 de junio de 2023, a la orden de prestación de servicio **No. CD20231796,** con un plazo de ejecución del 01 de junio al 30 de junio de 2023, por un valor de UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS ($1.900.000).
14. No. **CD20232820** de fecha 06 de julio de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 06 de julio al 30 de septiembre de 2023, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTO MIL PESOS ($5.700.000).
15. No. **CD20233974** de fecha 05 de octubre de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 17 de octubre al 31 de diciembre de 2023, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTO MIL PESOS ($5.700.000).
16. No. **CD20240726** de fecha 12 de enero de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 17 de enero al 31 de enero de 2024, por un valor de UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS ($1.900.000).
17. No. **CD20241776** de fecha 06 de febrero de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 19 de febrero al 29 de febrero de 2024, por un valor de DOS MILLONES CIEN MIL PESOS ($2.100.000).
18. No. **CD20242168** de fecha 01 de marzo de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de marzo al 31 de marzo de 2024, por un valor de DOS MILLONES CIEN MIL PESOS ($2.100.000).

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACIÓN DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los once (11) días del mes de marzo de 2024.

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

ELABORÓ: RONALD A. GOMEZ CAMACHO
APOYO ADMINISTRTIVO 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

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 1235539550 **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 08:57 AM

Código Verificación: **7WDZCFNVSE**

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	2023-09-08 14:17

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
AILEN	PAOLA	MONTERO	MARSAL

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1235539550

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$19.400.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$19.400.000,00

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:

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 de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **AILEN PAOLA MONTERO MARSAL** con **CC** No. **1235539550**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 891780185 - HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	**Fecha de última cobertura:** 01/09/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 01/09/2023 **Fecha fin de Contrato:** 31/12/2023 **Clase de Riesgo:** 3 **Cargo :** AUXILIAR ADMINISTRATIVO **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

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): 202301022138901.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 7 días del mes de diciembre de 2023.

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07

CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1235539550
NOMBRES Y APELLIDOS	Montero Marsal,Ailen Paola
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	12/09/2021
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Montero Marsal,Ailen Paola, a los 14 días del mes de marzo del año 2024.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

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:

AILEN PAOLA MONTERO MARSAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.235.539.550**, 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:

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 AILEN PAOALA MONTERO MARSAL														Sexo			
														M		F	X

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	x	C.E		T.I		R.C		PP	1.235.539.550	SANTA MARTA	26-sep-17

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
23	9	1999	SANTA MARTA	CRA 19 # 5-45 BONDA	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
ailenmarzal999@gmail.com	3125657509	4339366

Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado			0	0	1	0

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
	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 universitario julio mendez barreneche	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	RADICACION

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

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 1.000.000	Total Egresos mensules 0
Otros Ingresos Mensules 0	Otros Egresos Mensuales 0
Total Activos 0	Total Pasivos 0

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	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: _____ 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





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