

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, Luis pablo Torres Ulloa Identificado con Cédula No. 05468.427 y Profesión Administración en SA/VOI AUTORIZO que el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB) en calidad de Responsable del Tratamiento de datos pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Luis Torres

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

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-ABR-1974**

PLATO
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

21-JUL-1992 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sánchez Torres*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00065902-M-0085468427-20080905 0003032301A 2 4450006277

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **85.468.427**

TORRES ULLOA

APELLIDOS

LUIS PABLO

NOMBRES

Luis Pablo Torres Ulloa
FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica



Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **85468427**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	85468427	TORRES	ULLOA	LUIS	PABLO	2022-07-18, 7:14 pm

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	85468427	TORRES	ULLOA	LUIS	PABLO	2022-12-12, 8:43 am

CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASES DE DATOS

CODIGO:
VERSION:
FECHA DE ULTIMA REVISION:
PAGINA 1 de 1

El(la) suscrito(a) Luis pablo torres Ulloa identificado con C.C./C.E./P.P No. 85.468.422. expedida en Sta mte., 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 26 del mes de Marzo de 2024.

Firma
Nombre
Cédula

Luis pablo torres Ulloa
85.468.422.

Recibidos

Recibidos

WhatsApp

Consulte s...

App Refer...

App Refer...

Hospitaliza...

Ver

secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=14001307

GoogleRESULTADOSLABGaleNUx, sistema d...Recibidos (598) - au...Consulta Afiliados 8...Nueva EPS S.ARESULTADOSLABBarra de favoritosOtros favoritos

Aumentar el contraste

UTC -5 20:08:01

LUIS PABLO TORRES...

BúsquedaMis procesosMenúIra

Buscar...

Escriptorio

Configuraciones de Perfil

Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Información del usuario

Género

Hombre

Cargo

Título

Nombre

LUIS PABLO

Apellidos

TORRES ULLOA

Fecha de Nacimiento

30/04/1974 (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)

Nombre y apellido

LUIS PABLO TORRES ULLOA

Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

Número de documento

85468427

Dirección

MZ 5 CASA 15

Código postal

Estrato

1

Ubicación

Santa Marta

País

COLOMBIA

Correo electrónico

ltorres0108@gmail.com

Teléfono

Celular

3008787994

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

Editar

Activar Windows

Ve a Configuración para activar Windows.

viernes, 2 de junio de 2023

8:08 p. m.
2/06/2023

Santa Marta D.T. C. e H. 26 de Marzo del 2024

Doctor

GERMAN VARGAS MOSQUERA

Gerente

E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche
Ciudad

Asunto: propuesta de servicios

Mediante la presente manifiesto a usted mi interés de seguir desarrollando mis actividades en la empresa que usted dignamente dirige, con mis conocimientos adquiridos como tecnólogo en administración en servicios de salud y mi experiencia profesional en el área de referencia y contrarreferencias de la institución HJMB

Atentamente,



LUIS PABLO TORRES ULLOA

CC 85.468.427 de Santa Marta

Cel: 3008787994

Dirección: MZ 5 CASA 15 Urbanización Garagoa

Email: ltorres0108@gmail.com


 REPUBLICA DE COLOMBIA
 FUERZAS MILITARES
 Tarjeta Reservista Segunda Clase

85468427

PERTENECE AL EJERCITO DE
 1A LINEA 2A LINEA 3A LINEA
 31 - DIC. 04 31 - DIC. 14 31 - DIC. 24

APELLIDOS Y NOMBRES
TORRES ULLOA
LUIS PABLO

PROFESION **BACHILLER**



DEPARTAMENTO DE DEFENSA
 FUERZAS MILITARES

Esta es un documento reservista y no es un documento de identidad.
 No debe ser usado para fines de identificación personal.
 Debe ser presentado al personal de la fuerza de reserva.
 No debe ser usado para fines de identificación personal.
 No debe ser usado para fines de identificación personal.
 No debe ser usado para fines de identificación personal.
 No debe ser usado para fines de identificación personal.

Si el reservista no puede presentar este documento, debe presentar un documento de identificación personal.
 Si el reservista no puede presentar este documento, debe presentar un documento de identificación personal.
 Si el reservista no puede presentar este documento, debe presentar un documento de identificación personal.

COLOMBIA
 25 MAR 03



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 100 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Torres	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Ulloa	NOMBRES Luis Patricio
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 8546842Z	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒	NÚMERO 8546842Z	D.M. 12
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 30 MES 04 AÑO 1974 PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO PLATO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA MANZANA 5 CASA 15 GARAGOA PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO SANTA MARTA TELÉFONO 6054373318 EMAIL ltorres0108@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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1991	

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 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	6	X		ADMINISTRACIÓN EN SALUD RES 76-0458	12	2013	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS					
MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACIÓN	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 191 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ESPECIFIQUE 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

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	01	Mes	03	Año	2024	Día	31	Mes	03	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 2098/2014 APOYO ADMINISTRATIVO		DEPENDENCIA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA				DIRECCIÓN CARRERA 14 ESTE 23 42 ESTE							
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	01	Mes	02	Año	2024	Día	29	Mes	02	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 2098/2014 APOYO ADMINISTRATIVO		DEPENDENCIA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA				DIRECCIÓN CARRERA 14 ESTE 23 42							
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	01	Mes	01	Año	2024	Día	31	Mes	01	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 2098/2014 APOYO ADMINISTRATIVO		DEPENDENCIA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA				DIRECCIÓN CARRERA 14 ESTE 23 42							
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	01	Mes	10	Año	2023	Día	31	Mes	12	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO REFERENCIA Y CONTRAREFE		DEPENDENCIA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA				DIRECCIÓN CARRERA 14 ESTE 23 42							

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	01	Mes	07	Año	2023	Día	30	Mes	09	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO REFERENCIA Y CONTRAREFE		DEPENDENCIA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA						DIRECCIÓN CARRERA 14 ESTE 23 42					
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	01	Mes	06	Año	2023	Día	30	Mes	06	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO REFERENCIA Y CONTRAREFE		DEPENDENCIA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA						DIRECCIÓN CARRERA 14 ESTE 23 42					
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	01	Mes	03	Año	2023	Día	31	Mes	05	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO REFERENCIA Y CONTRAREFE		DEPENDENCIA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA						DIRECCIÓN CARRERA 14 ESTE 23 42					
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		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	01	Año	2023	Día	28	Mes	02	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO REFERENCIA Y CONTRAREFE		DEPENDENCIA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA						DIRECCIÓN CARRERA 14 ESTE 23 42					
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	01	Mes	08	Año	2022	Día	31	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO REFERENCIA Y CONTRAREFE		DEPENDENCIA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA						DIRECCIÓN CARRERA 14 ESTE 23 42					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 180 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO SANTA MARTA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 4346262		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	01	Año	2021	Día	31	Mes	03	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO REFERENCIA Y CONTRAREFE		DEPENDENCIA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA						DIRECCIÓN CARRERA 14 N 23 42					
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	01	Mes	10	Año	2020	Día	31	Mes	12	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL 2098/2014 APOYO ADMINISTRATIVO		DEPENDENCIA FACTURACION						DIRECCIÓN CARRERA 13 N 23 42					
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	01	Mes	07	Año	2020	Día	30	Mes	09	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL 2098/2014 APOYO ADMINISTRATIVO		DEPENDENCIA ADMISIONES						DIRECCIÓN CARRERA 14 ESTE 23 42					
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	01	Mes	05	Año	2020	Día	30	Mes	06	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL 2098/2014 APOYO ADMINISTRATIVO		DEPENDENCIA ADMISIONES						DIRECCIÓN CARRERA 14 ESTE 23 42					
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	01	Mes	01	Año	2020	Día	30	Mes	04	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL 2098/2014 APOYO ADMINISTRATIVO		DEPENDENCIA ADMISIONES						DIRECCIÓN CARRERA 14 ESTE 23 42					

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	01	Mes	11	Año	2019	Día	31	Mes	12	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL 2098/2014 APOYO ADMINISTRATIVO		DEPENDENCIA ADMISIONES				DIRECCIÓN CARRERA 14 N 23 42							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD CAJACOPI EPS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO SANTA MARTA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 4200860		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	08	Año	2005	Día	02	Mes	10	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE ADMINISTRATIVO Y FIN		DEPENDENCIA ADMINISTRATIVO Y FINANCIERA				DIRECCIÓN CARRERA 5 N 27 07							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD SALUD VIDA EPS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO SANTA MARTA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 4333503		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	04	Mes	08	Año	2003	Día	05	Mes	09	Año	2004
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE OPERACIONES		DEPENDENCIA OPERACIONES				DIRECCIÓN SANTA MARTA							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO SANTA MARTA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 4215049		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	10	Mes	11	Año	2000	Día	30	Mes	07	Año	2003
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR		DEPENDENCIA ADMISION Y FACTURACION				DIRECCIÓN CARRERA 13 N 23 42							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO SANTA MARTA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 4211157		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	19	Mes	10	Año	1992	Día	31	Mes	05	Año	1999
CARGO O CONTRATO ACTUAL REVISOR DE DOCUMENTOS		DEPENDENCIA AREA DE CONTROL FISCAL				DIRECCIÓN CALLE 17 SANTA MARTA							

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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:			
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	13	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	15	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	28	9

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 INCOMPATIBILIDAD 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

San Juan U. Santa Marta
26 Marzo 2024

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 402 y 443 de 1997)

7

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN QUE SUBMITTARÉ HA SIDO VERIFICADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LÍNEA SEPARA EN ENTREGAR AL CLIENTE AL 0400001179 (PÁGINA 8078) soporte@camScanner.com



LIBERTAD Y ORDEN
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

LUIS PABLO TORRES ULLOA

Con Cédula de Ciudadanía No. 85.468.427

*Curso y aprobó el programa de Formación Profesional Integral
y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el*

Título de

TECNÓLOGO EN

ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en Santa Marta,
a los cinco (5) días del mes de diciembre de dos mil trece (2013)*

Firmado Digitalmente por
AMPARO BEATRIZ PEÑARANDA MASSON
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

AMPARO BEATRIZ PEÑARANDA MASSON
SUBDIRECTORA CENTRO DE LOGÍSTICA Y PROMOCIÓN ECOTURÍSTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

8937365 - 05/12/2013

Nº y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web: <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 952900348203CC85468427C



REGIONAL MAGDALENA
CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 8837365 - 05/12/2013

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: LUIS PABLO TORRES ULLOA, Con Cedula de Ciudadania No. 85.468.427

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE
OTORGARLE EL TITULO DE:

TECNÓLOGO EN ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

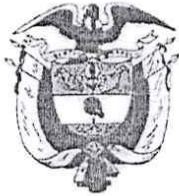
En constancia de lo anterior se firma la presente en Santa Marta, a los cinco (5) días del mes de diciembre de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por
AMPARO BEATRIZ PEÑARANDA MASSON
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

AMPARO BEATRIZ PEÑARANDA MASSON
SUBDIRECTORA CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://verificados.sena.edu.co>, bajo el número 9529003482031155468427A

LA REPUBLICA DE COLOMBIA



Y EN SU NOMBRE

El Colegio Nacional Mixto
Gabriel Escobar Ballestas

de Plato (Magdalena), Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según
Resoluciones Números: 21345 - 21337 y 21338 del 5 de Noviembre de 1982

CONFIERE A:

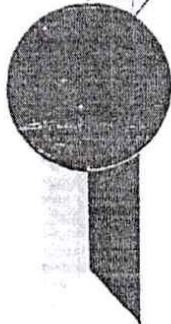
Luis Pablo Torres Ulloa

Identificado con Cédula de Ciudadanía N° 40530-11028 de Plato
el Título de:

Bachiller Académico

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
al Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y
programas vigentes.

Original
Requisito



Plato, 6 de Diciembre de 1982

Anotado al Folio 2271 Libro de Registro N° 944

Secretario de Educación

Luis Pablo Torres Ulloa



Dado en San Juan a 20 de Marzo de 1983



**Certificado de
Aptitud Laboral
Ingreso**

Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 12/Dic/2022, **Hora:** 10:27:25 a.m.

Apellido: Torres Ulloa

Tipo Doc: CC

Empresa: Particular

Cargo: Apoyo Administrativo

Direccion: Mz 5 Casa 15 Urb. Garagoa

Telefono: Celular: 3008787994 **Email:** Estado Civil: Casado

Ciudad: :: No Aplica ::

Peso: 77 Kg **Estatura:** 169 Cm **IMC:** 26.9 **Escolaridad:** Tecnico Profesional **Jornada Laboral:** Sin Definir

EPS: Saludtotal **ARL:** Positiva **AFP:** Porvenir

HC: # 75478

Edad: 48 años

Sexo: Masculino ♂

Nacim: 30/Abr/1974

Rh: O+

Exámenes Realizados

Examen Con Enfoque Osteomuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural

Ejercicio Regular

Inducción Al Sitio De Trabajo

Pausas Activas

Estilo De Vida Saludable

Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña

Uso De Tapabocas Permanente

Cumplir Con Las Normas De Bioseguridad

Observaciones

Mirta Nuñez Gutiérrez
Md. Especialista En Medicina Del Trabajo Y
Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 1725
Registro #: 386

Mirta Cecilia Nuñez Gutiérrez
Medico Especialista en
Medicina del Trabajo
Y Salud Ocupacional
MIRTA 1725 386



Luis Pablo Torres Ulloa
CC 85468427

Huella
Digital

**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 el señor **LUIS PABLO TORRES ULLOA**, identificado con cedula de Ciudadanía No. **85.468.427** 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. **2011** de fecha 01 de Noviembre de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 13 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2019, por un valor de TRES MILLONES CUARENTA MIL PESOS (\$3.040.000).
2. No. **185** de fecha 02 de Enero de 2020 con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Enero al 30 de Abril de 2020, por un valor de SIETE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$7.600.000).
3. No. **970** de fecha 01 de Mayo de 2020 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Mayo al 30 de Junio de 2020, por un valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$3.800.000).
4. No. **1750** de fecha 01 de Julio de 2020 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 30 de Septiembre de 2020, por un valor de CINCO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS (\$5.565.000).

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

5. No. **3095** de fecha 01 de Octubre de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Octubre al 31 de Diciembre de 2020, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS (\$5.700.000).

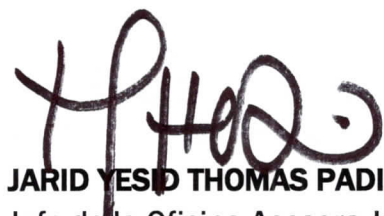
OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS COMO **APOYO ADMINISTRATIVO** EN EL GRUPO DE TRABAJO DE **FACTURACIÓN** DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE, EN VIRTUD DE LA ANTERIOR ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIO.



6. No. **165** de fecha 01 de Enero de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Enero al 31 de Marzo de 2021, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS (\$5.700.000).
7. No. **1354** de fecha 01 de Abril de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Abril al 30 de Junio de 2021, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS (\$5.700.000).
8. No. **2037** de fecha 01 de Julio de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 30 de Septiembre de 2021, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS (\$5.700.000).
9. No. **3805** de fecha 01 de Octubre de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Octubre al 31 de Diciembre de 2021, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS (\$5.700.000).
10. No. **716** de fecha 01 de Enero de 2022 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Enero al 31 de Marzo de 2022, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS (\$5.700.000).
11. No. **1414** de fecha 01 de abril de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 31 de julio 2022, por un valor de SIETE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$7.600.000).
12. No. **CD20222899** de fecha 01 de agosto de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de agosto al 31 de diciembre 2022, por un valor de NUEVE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$9.500.000).
13. No. **CD20231061** de fecha 19 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).
14. No. **CD20231926** de fecha 06 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).
15. **ADICION EN VALOR Y TIEMPO** de fecha 01 de junio de 2023, a la orden de prestación de servicio No. **CD20231926**, 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).
16. No. **CD20232746** de fecha 01 de julio de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 03 de julio al 30 de septiembre de 2023, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTO MIL PESOS (\$5.700.000)

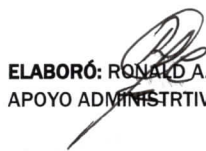
OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS DE **REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA** DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE, EN VIRTUD DE LAS ANTERIORES ORDENES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

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



JARID YESID THOMAS PADILLA.

Jefe de la Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.



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



Radicado interno
N° 8003-8654-10-2019

LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
CAJACOPI ATLANTICO
-PROGRAMA EPS-

HACE CONSTAR

Que el (la) señor (a), LUIS PABLO TORRES ULLOA identificado (a) con documento de identidad tipo cedula de ciudadanía N° 85.468.427 expedida en Santa Marta (Magdalena), estuvo vinculado (a) al Programa de Salud de la Entidad en calidad de **ASISTENTE SECCIONAL ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO**, mediante un contrato a término indefinido que inició el día diecinueve 16 de Septiembre de 2008 y finalizó el día 02 de Octubre 2019, de forma unilateral por parte del empleador, sin justa causa.

Que su cargo implica una dedicación de tiempo completo y tiene asignación salarial mensual de UN MILLÓN TRESCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL PESOS. m.l (\$ 1.385.000.00).

Se expide esta constancia a solicitud de la parte interesada, en la ciudad de Barranquilla (Atlántico), a los dos (2) días del mes de Octubre de 2019.

Atentamente,

ANDREA DE LEON BAUTE
Coordinadora Nacional de Gestión Humana

Copia a expediente laboral



Calle 44 No. 46-16 • PBX: (5) 318 5930 - 3860032
www.cajacopieps.com
Nit. 890 102 044-1



TERMINACION DE CONTRATO

Consecutivo No. 00172

Barranquilla D.E.I.P., Septiembre 18 de 2008

Señor(a)
LUIS TORRES ULLOA
CC. No 85.468.427
Santamarta-Magdalena

Con motivo de la determinación tomada por el usuario **CAJACOPI** de dar por terminado de manera anticipada y unilateral el contrato suscrito con nosotros para el suministro de personal de acuerdo con la ley 50 de 1990, comunicación esta que nos ordena dar por terminado su vinculación laboral el día 15 de septiembre del año en curso, pero que fue recibida por nosotros el día 16 de septiembre de 2008, y haber usted prestado sus servicios hasta la fecha con la aceptación de la empresa usuaria del beneficio de sus servicios nos permitimos comunicarle que por ministerio de la Ley damos por terminado su contrato de trabajo con **TES INGENIERIA LTDA** a partir de la fecha.

Agradeciendo de antemano su invaluable colaboración.

Cordialmente,



VICTOR VEGA
Gerente

FO-AGH-04-01
20-06-07

Calle 56 No. 44-06, Local 2
Teléfonos: 3512972 - 3514238 Telefax: 3796701
E-mail: tes.lda@hotmail.com Barranquilla - Colombia



EL SUSCRITO JEFE DE SECCION TALENTO HUMANO

HACE CONSTAR :

Que el señor LUIS PABLO TORRES ULLOA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 85.468.427 de Santa Marta, prestó sus servicios a la E.S.E Hospital Central "J.M.B." mediante Ordenes de Servicios en el área de Facturación, en el periodo comprendido entre marzo de 2001 a julio de 2003.

La presente se expide a solicitud del interesado en Santa Marta, Distrito Turístico Cultural e Histórico, a los 01 días del mes de octubre 2003.


GUILLERMO A. CEBALLOS OSPINO

Amparo

CARRERA 14 No 23 -42 TEL.: (095) 4215040 FAX (095) 42115894 SANTA MARTA

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA
CONTRALORIA GENERAL

NIT : 891780092 - 6

SECCION: DESPACHO SECRETARIA GENERAL

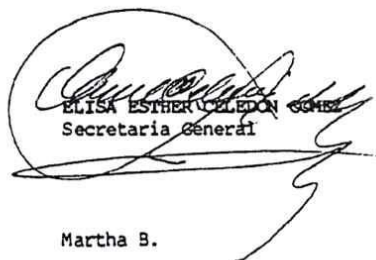
LA SECRETARIA GENERAL DE LA CONTRALORIA

HACE CONSTAR

Que el señor LUIS PABLO TORRES ULLOA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 85.468.427 expedida en Santa Marta, laboró en esta entidad desde el día 19 de octubre de 1992 hasta el 31 de mayo de 1999.
El señor LUIS PABLO TORRES ULLOA, es una persona responsable, honesta y cumplidora de sus deberes

La presente constancia se expide a solicitud de la parte interesada.

Dado en Santa Marta, D.T.C.e.H., a los doce (12) días del mes de abril del dos mil (2000).



ELISA ESTHER CELEDÓN GÓMEZ
Secretaria General

Martha B.

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 85468427 **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 13/03/2024 06:07 PM

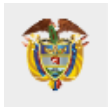


Código Verificación: **1TBESHMR28**

Válida hasta: **11/06/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC



Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-02-11 22:31
---------------------	-----------	----------------------	------------------

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LUIS	PABLO	TORRES	ULLOA

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	85468427

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	PLATO

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	HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				
Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA
Dirección					
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	\$20.448.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$0,00
Gastos de representación	\$0,00
Arriendos	\$0,00
Honorarios	\$0,00
Otros ingresos y rentas	\$0,00
TOTAL	\$20.448.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$144.283,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí ☐ No ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☐

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
YAMILE	INES	BARRIOS	YEPES

Tipo documento CEDULA DE CIUDADANIA Número 36697887

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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:

--



STAMARTA, Marzo 13 de 2024

Señor:
TORRES ULLOA LUIS PABLO
CC. 85468427
MZ 5 CA 15 GARAGOA - 4373318
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Julio 21 de 2020. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
TORRES ULLOA LUIS PABLO	85468427	C	Jul-21-2020	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
TORRES BARRIOS LUIS JOSE	1082946189	T	Ago-23-2011	486	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
TORRES BARRIOS ANDRES DAVID	1084060034	T	Abr-7-2014	360	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
LUIS PABLO TORRES ULLOA	85468427	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

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



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

LUIS PABLO TORRES ULLOA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **85.468.427**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

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

Ciudad SANTA MARTA	Oficina REFERENCIAS	Fecha Vinculación
-----------------------	------------------------	-------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos LUIS PABLO TORRES ULLOA										Sexo M ☐ X ☒ F ☐		
Tipo de Documento C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐			Número 85468427			Expedida en SANTA MARTA			Fecha de Expedición 21/07/1992			
Estado Civil (Selección) Soltero ☐ Casado ☒ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐			Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universidad ☐			No. Personas a cargo 3			Tipo de Vivienda Propia ☐ Arrendada ☐ Familia ☒ Rural ☐ Urbano ☒			
Fecha nacimiento 30 / 4 / 74			Lugar de Nacimiento PLATO MAGDALENA			Dirección Domicilio MZ 5 CASA 15 URBANIZACION GARAGOA			Municipio / Ciudad SANTA MARTA			
						Departamento MAGDALENA						
Correo Electrónico ltorres0108@gmail.com						No. Celular 3008787994			Telefono 4373318			
Ocupación (Selección) Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☒ Hogar ☐ Jubilado ☐										Actividad Principal CIU		
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIU		
APOYO ADMINISTRATIVO										OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS		

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 ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual? ☐			APOYO REFERENCIAS		
Dirección de empresa o negocio			Ciudad			Barrio		
KRA 14 No. 23-42 LOS ALCAZARES			SANTA MARTA			ALCAZARES		
						No. Teléfono 4346262		
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						SI ☐ NO ☒		

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 1,900,000.00			Total Egresos mensuales 1,900,000.00		
Otros Ingresos Mensuales			Otros Egresos Mensuales		
Total Activos			Total Pasivos 1,900,000.00		
Mes y año de corte de la información financiera suministrada			Mes Año		
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?			SI ☐ NO ☒		
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?					
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:					

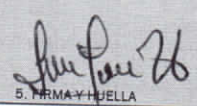
4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación:

terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuar 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 mercado, 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 consignen 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 Méndez 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 soporte 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		