HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ADMINISTRATIVO	CODIGO: GJC16F VERSION: 06 FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 7/09/2023 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, María del Carmen Montañez Bruno, Identificado con Cédula No. 57435920 y Profesión Técnico Secretariado General, **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: María Montañez Bruno

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ADMINISTRATIVO – OPS ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad	✓	
2	Cedula de Ciudadanía	✓	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	✓	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	✓	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo)	✓	
6	Propuesta de Servicios (Mes Actual)	✓	
7	Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)		X
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)		X
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).		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)	✓	
16	Soporte de experiencia laboral.	✓	
17	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ *previo registro en el sitio web.*	✓	
18	Formato DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS – Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año)	✓	
19	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (INDEPENDIENTE – Mes Actual)	✓	
20	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE – Mes Actual)	✓	
21	Formato SARLAFT - Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-	✓	



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
57.435.920
NUMERO

MAJARREZ BUENO
APELLIDOS

MARIA DEL CARMEN
NOMBRES

María Majarrez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-JUL-1971
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
22-FEB-1991 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
JOAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
A-2100100-51159091-F-0057435920-20071001 02217 07274B 02 208433724

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **57435920**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	57435920	MANJARREZ	BUENO	MARIA	DEL CARMEN	2024-02-07, 1:32 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2024.

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) María Del Carmen Manjarés Bueno identificado con C.C./C.E./P.P No. 57435920 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 07 del mes de Febrero de 2024.

Firma _____

Nombre María Del Carmen Manjarés Bueno.

Cédula 57435920

COPIA

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

Editar

Información del usuario



Género Mujer

Cargo

Título Sra.

Nombre MARIA DEL CARMEN

Apellidos MARJARREZ BUENO

Fecha de Nacimiento 1/07/1971 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Nombre y apellido MARIA DEL CARMEN MARJARREZ BUENO

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de documento 57435920

Dirección

Código postal

Estrato 2

Ubicación Santa Marta

País COLOMBIA

Correo electrónico marumanjabu@gmail.com

Teléfono

Celular 3016588702

Nivel Educativo Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

Configuración

Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

Idioma Español (Colombia)

Configuración regional Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad ¿Cuál era la ciudad donde trabajó por primera vez?

Respuesta santa marta

SMS para recuperar la contraseña 3016588702

Editar

Santa Marta, Abril 2024

Señores:
E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Santa Marta, Magdalena

Cordial saludo:

Por medio de la presente me dirijo a usted, con el fin de colocar a su disposición mis servicios para laborar en el área de facturación de la institución, ya que soy una persona entusiasta, responsable y con cualidades para realizar mis labores de forma eficiente.

Agradeciendo su colaboración.

Cordialmente,

María Del Carmen Manjarrez Bueno
CC 57.435.920
Cel: 3016588702

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14893587032

(415)7707212489984(8020) 000001489358703 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 7 4 3 5 9 2 0	6	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	

IDENTIFICACIÓN

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

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
MAJARREZ	BUENO	MARIA	DEL CARMEN

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 15 7 A 15 BRR OBRERO

42. Correo electrónico: marumanjabu@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 2 3 0 2 0 3					1 1 3 0	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2	2	4	9																						

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 02 - 03 / 15 : 32: 54

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MAJARREZ BUENO MARIA DEL CARMEN

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA 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
Manjarrez	Bueno	Maria Del Carmen

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 57435920	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 01 MES 07 AÑO 1971	CARRERA 15 7 15 BARRIO OBRERO			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO		EMAIL	marumanjabu@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1991
										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	6	X		SECRETARIA GENERAL	09	1995	

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 ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6054209600	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	24	*Mes*	11	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 14 2 49 centro historico						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6054209600	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	19	*Mes*	07	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 14 2 49 centro historico						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4209500	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	21	*Mes*	03	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	05	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO DE SERVICIOS	*DEPENDENCIA* A. TECNOLOGIAS DE LA INFORMACI					*DIRECCIÓN* CALLE 14 2 49						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4209600	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	19	*Mes*	08	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* A. TECNOLOGIAS DE LA INFORMACI					*DIRECCIÓN* CALLE 14 2 49 CENTRO HISTORICO						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3016588702	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	28	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO EN SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* Calle 14 No 2-49						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CONCEJO DE FLORESTA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	24	*Mes*	09	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 26A 12 110						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4209600	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CALLE 26A 12 110 BAVARIA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE GUAINIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3022815464	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	14	*Mes*	07	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CALLE 26A 12 110 BAVARIA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4209600	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	27	*Mes*	11	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 14 25 55						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SOLUCIONES LABORALES HORIZONTE			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2120777	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	05	*Año* 2019	*Día*	11	*Mes*	09	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ESSMAR					*DIRECCIÓN* CALLE 59 13 33 BOGOTA						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION IPSI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3165243780	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	08	*Año* 2018	*Día*	17	*Mes*	12	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CALLE 15C 3Y 4						

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

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 __ 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 _____

_____

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 EL (LA)

COLEGIO NACIONAL LICEO CELEDON

DE SANTA MARTA - MAGDALENA

JORNADA NOCTURNA

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, SEGUN RESOLUCION Nº 7752 DEL 9 DE MAYO DE 1979

CONFIERE A

María del Carmen Manjarres Bueno

IDENTIFICADO CON CC 57.435.920 DE Santa Marta

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

RECTOR

SECRETARIO

DADO EN Santa Marta A 2 DE Diciembre DE 1991

ANOTADO AL FOLIO 2.045 LIBRO DE REGISTRO 4. Reg. No. 57138

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE "SENA"

CERTIFICA:

La Aptitud Profesional de:

MARIA DEL CARMEN MANJARREZ BUENO

C.C. No. 57.435.920 de Santa Marta

Como: *SECRETARIA GENERAL*

FIRMA Y SELLO AUTORIZADOS

REGISTRO Y CERTIFICACION

Multisectorial Comercial

CENTRO DE FORMACION

Santa Marta, 30.03.94

CIUDAD Y FECHA DE TERMINACION

950146 (14-09-95)

NUMERO DE REGISTRO Y FECHA DE EXPEDICION

LABORATORIO CLINICO
MARTINEZ

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso

Fecha de consulta: 12/08/2022

Información paciente



Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR

Empresa en misión:

Nombre completo: MARIA DEL CARMEN MANJARREZ BUENO

Identificación: CC: 57435920

Responsable: El mismo paciente

Acompañante: Ninguno

Cargo: ADMINISTRATIVO

Fecha nacimiento: 01/07/1971

Edad: 51

Genero: Femenino

Estado civil: Soltero

Escolaridad: Tecnología

Teléfono:

Dirección: Magdalena, Santa marta,

N° hijos: 2

ARL:

EPS: Cajacopi Eps

AFP: Colpensiones

Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Anexo

SE REALIZO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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. VALORACION CON NUTRICION POR EPS.

SEGUIMIENTO DE PATOLOGIAS DE BASE POR EPS.

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

TRABAJADOR APTO PARA EL CARGO.

LABORATORIO CLÍNICO
MARTINEZ

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

Aspirante o trabajador
MARIA DEL CARMEN MANJARREZ BUENO
Identificación: CC: 57435920

slh soluciones laborales horizonte

SOLUCIONES LABORALES HORIZONTE S.A. SLH S.A.
NIT: 900392658-1

CERTIFICA:

Que el (la) señor(a) **MARIA DEL CARMEN MANJARREZ BUENO**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. **57435920**, prestó su aporte de trabajo en nuestra empresa desde el 3 de mayo de 2019 hasta 11 de septiembre de 2019 como trabajador en misión en centro de Operaciones EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DEL DISTRITO DE SANTA MARTA ESSMAR ESP, desempeñando el cargo de AUXILIAR ADMINISTRATIVO con un contrato TERMINO OBRA O LABOR - ESTANDAR y una asignación salarial mensual de UN MILLON TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS SEIS PESOS CON CERO CVS M/CTE. ($ 1.339.206).

La presente se expide a solicitud del interesado(a), en la ciudad de Bogotá a los (18) días del mes de Febrero de 2020.

Gerente General

Andrea Villamizar G.

Este Documento es valido como original la información aquí suministrada puede ser confirmada al PBX. (+57) 2120777

DESARROLLO INTEGRAL DEL SER HUMANO

EL SUSCRITO LIDER DEL CONTRATO No. 007 DE 2018 SUSCRITO ENTRE LA FUNDACIÓN IPSI Y EL DTCH DE SANTA MARTA, CERTIFICA QUE:

MARÍA DEL CARMEN MANJARREZ BUENO, identificado con la cédula de ciudadanía N° 57.435.920, suscribió el siguiente contrato de prestación de servicios profesionales con la FUNDACIÓN IPSI, identificada con NIT No. 900255492.

Contrato: No. 007 de 2018.
Fecha de inicio: 15 de agosto de 2018.
Fecha de terminación: 17 de diciembre de 2018.
Objeto del contrato: "prestación de servicios como tecnico operativo adscrito al marco del contrato No. 007 de 2018 suscrito entre la Fundación IPSI y el DTCH de Santa Marta
Valor del contrato: Cinco millones seiscientos mil pesos mensuales ($5.600.000).
Plazo de Ejecución: Cuatro (4) meses.

Actividades asignadas al contratista:

- Desarrollar las actividades pertinentes al componente referido al objeto descrito en la cláusula primera de este contrato y que se enmarcan en el contrato No. 007 de 2018 suscrito entre la Fundación IPSI y el DTCH de Santa Marta.
- Formular y hacer seguimiento al cronograma de actividades.
- Apoyar la elaboración de informes del proyecto.
- Servir de enlace entre las poblaciones beneficiarias, el DTCH de Santa Marta y la Fundación IPSI.
- Las demás necesarias para garantizar el cumplimiento del contrato.

Cumplió con el objeto del contrato.

En constancia de lo anterior se expide el siguiente certificado a solicitud del interesado a los dieciocho (18) días del mes de Julio de 2019.

MARGARITA VANEGAS PEÑA
LIDER DEL CONTRATO No. 007 DE 2018 SUSCRITO
ENTRE LA FUNDACIÓN IPSI Y EL DTCH DE SANTA MARTA

Alcaldía de Santa Marta	FORMATO DE INFORME DE ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Código: MA-GCO-F-004
	EJECUCIÓN, LIQUIDACIÓN Y CIERRE DEL PROCESOS DE CONTRATACIÓN	Versión: 1
	GESTIÓN CONTRACTUAL	Página 1 de 1

ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS	
Contrato N°	784 DEL 14 DE JULIO DE 2020
Objeto del Contrato	"PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO PARA DIMENSION SALUD AMBIENTAL, DENTRO DE LA GESTI DE LA SALUD PUBLICA, GETION DEL CONOCIMIENTO, I PLAN TERRITORIAL DE LA SALUD, VIGENCIA 2020"
Nombre del Contratante	DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA
Nombre del Contratista	MARIA DEL CARMEN MANJARREZ BUENO
N° de identificación del Contratista	57.435.920 de Santa Marta
Valor del Contrato	NUEVE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($9.600.000 co
N° CDP	821 DEL 06 MAYO DE 2020
N° CRP	1063 DEL 14 DE JULIO DE 2020
Plazo del Contrato	HASTA DICIEMBRE DE 2020
Supervisor del Contrato	HENRIQUE LUIS TOSCANO SALAS

En la ciudad de Santa Marta, se reunieron los suscritos, a saber: **HENRIQUE LUIS TOSCANO SALAS**, con C.C. **8.666.453** expedida en Barranquilla, en su condición de **SECRETARIO DE SALUD DEL DISTRITO**, nombrado mediante **Decreto N° 176 del 24 de abril de 2020** y Supervisor del contrato en mención, en nombre y representación de la **DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA**, identificada con NIT N 891.780.009-4, de una parte como **CONTRATANTE**, y por la otra **MARIA DEL CARMEN MANJARREZ BUENO** identificado (a) con C.C N° 57.435.920 expedida en Santa Marta, Mag., en calidad de **CONTRATISTA**, con el f de **DAR POR TERMINADA** la ejecución del referido Contrato.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, a los Treinta y uno (31) días del mes d diciembre del año **2020**.

HENRIQUE LUIS TOSCANO SALAS
Secretario de Salud Distrital
Supervisor

MARIA DEL CARMEN MANJARREZ B.
Contratista

Este Formato no podrá ser alterado o modificado sin previa autorización de la Oficina de Sistemas Integrados de Gestión

ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS	
Contrato N°	1007 DEL 01 DE JULIO DE 2021
Objeto del Contrato	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA DIGITACION DE BASE DE DATOS DE ESTABLECIMIENTOS DE INTERES SANITARIO DE LA DIMENSION SALUD AMBIENTAL, DENTRO DE LA GESTION DE SALUD PUBLICA, GESTION DEL CONOCIMIENTO, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD, VIGENCIA 2021".
Nombre del Contratante	DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA
Nombre del Contratista	MARIA DEL CARMEN MANJARREZ BUENO
N° de identificación del Contratista	57.435.920 Santa Marta Mag-
Valor del Contrato	TRES MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M.L. ($ 3.200. 000.oo).
N° CDP	1028 DEL 03 DE MAYO DE 2021
N° CRP	1432 DEL 02 DE JULIO DE 2021
Plazo del Contrato	DOS (2) MESES SIN EXCEDER EL 31 DE DICIEMBRE DE 2021
Supervisor del Contrato	HENRIQUE LUIS TOSCANO SALAS

En la ciudad de Santa Marta, se reunieron los suscritos, a saber: **HENRIQUE LUIS TOSCANO SALAS**, con C:C: N° **8.666.453**-, en su condición de SECRETARIO DE SALUD DEL DISTRITO, nombrado mediante Decreto N° 126 del 24 de Abril de 2020 y Supervisor del contrato en mención, en nombre y en representación del DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA, identificada con NIT N°: 891.780.009-4, de una parte como **CONTRATANTE**, y por la otra, **MARIA DEL CARMEN MANJARREZ BUENO**, identificado(a) con C.C. N° **57.435.920** expedida en Santa Marta Mag-, en calidad de **CONTRATISTA**, con el fin de **DAR POR TERMINADA** la ejecución del referido Contrato.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, el 31 de Agosto del año 2021.

HENRIQUE LUIS TOSCANO SALAS
Secretario de Salud del Distrito
Supervisor

MARIA DEL C. MANJARREZ BUENO
Contratista

Este Formato no podrá ser alterado o modificado sin previa autorización de la Oficina de Sistemas Integrados de Gestión.

ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS	
Contrato N°	**1621 DEL 24 DE SEPTIMBRE DE 2021**
Objeto del Contrato	**"PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA DIGITACION DE BASES DE DATOS DE ESTABLECIMIENTOS DE INTERES SANITARIO DE LA DIMENSION SALUD AMBIENTAL, DENTRO DE LA GESTION DE LA SALUD PUBLICA, GETION DEL CONOCIMIENTO, DEL PLAN TERRITORIAL DE LA SALUD, VIGENCIA 2021"**
Nombre del Contratante	**DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA**
Nombre del Contratista	**MARIA DEL CARMEN MANJARREZ BUENO**
N° de identificación del Contratista	**57.435.920 de Santa Marta**
Valor del Contrato	**SIETE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($7.600. 000.oo)**
N° CDP	**1974 DEL 06 SEPTIEMBRE DE 2021**
N° CRP	**2704 DEL 27 DE SEPTIEMBRE DE 2021**
Plazo del Contrato	**HASTA 31 DICIEMBRE DE 2021**
Supervisor del Contrato	**HENRIQUE LUIS TOSCANO SALAS**

En la ciudad de Santa Marta, se reunieron los suscritos, a saber: **HENRIQUE LUIS TOSCANO SALAS**, con C:C: **N° 8.666.453** expedida en Barranquilla, en su condición de **SECRETARIO DE SALUD DEL DISTRITO**, nombrado mediante **Decreto N° 126 del 24 de abril de 2020** y Supervisor del contrato en mención, en nombre y en representación de la **DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA**, identificada con NIT N°: 891.780.009-4, de una parte como **CONTRATANTE**, y por la otra, **MARIA DEL CARMEN MANJARREZ BUENO**, identificado (a) con C.C. **N° 57.435.920** expedida en Santa Marta, Mag.-, en calidad de **CONTRATISTA**, con el fin de **DAR POR TERMINADA** la ejecución del referido Contrato.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, mes de **DICIEMBRE** del año **2021**.

HENRIQUE LUIS TOSCANO SALAS
Secretario de Salud Distrital
Supervisor

MARIA DEL CARMEN MANJARREZ B.
Contratista

Este Formato no podrá ser alterado o modificado sin previa autorización de la Oficina de Sistemas Integrados de Gestión.

ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS	
Contrato N°	**349 DEL 28 DE ENERO DE 2022**
Objeto del Contrato	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DEL PROCESO DE ACTUALIZACION DE BASE DE DATOS DE ESTABLECIMIENTOS DE INTERES SANITARIO DE LA DIMENSIÓN SALUD AMBIENTAL, DENTRO DE LA GESTION DE LA SALUD PUBLICA, GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD, VIGENCIA 2022.**
Nombre del Contratante	**DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA**
Nombre del Contratista	**MARIA DEL CARMEN MANJARREZ BUENO**
N° de identificación del Contratista	**57.435.920 de Santa Marta Mag.-**
Valor del Contrato	**TRECE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M.L. ($13.200.000.oo)**
N° CDP	**298 DEL 19 DE ENERO DEL 2022**
N° CRP	**397 DEL 28 DE ENERO DE 2022**
Plazo del Contrato	**HASTA EL 30 DE JUNIO DE 2022**
Supervisor del Contrato	**DEIMER JACINTO MARÍN JIMÉNEZ**

En la ciudad de Santa Marta, se reunieron los suscritos, a saber: **DEIMER JACINTO MARÍN JIMÉNEZ** con C.C. **N° 84.036.790** expedida en San Juan del Cesar (Guajira), en su condición de **SECRETARIO DE SALUD DEL DISTRITO**, nombrado mediante **Decreto N° 012 del 27 de enero de 2022** y Supervisor del contrato en mención, en nombre y en representación de la **DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA**, identificada con NIT N°: 891.780.009-4, de una parte como **CONTRATANTE**, y por la otra, **MARIA DEL CARMEN MANJARREZ BUENO**, identificado (a) con C.C. N° **57.435.920** expedida en **Santa Marta Mag.** en calidad de **CONTRATISTA**, con el fin de **DAR POR TERMINADA** la ejecución del referido Contrato.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, a los 30 días del mes de junio de 2022

DEIMER JACINTO MARÍN JIMÉNEZ
Secretario de Salud Distrital
Supervisor

MARIA DEL CARMEN MANJARREZ BUENO
Contratista

Este Formato no podrá ser alterado o modificado sin previa autorización de la Oficina de Sistemas Integrados de Gestión.

ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS	
Contrato N°	**349 DEL 28 DE ENERO DE 2022**
Objeto del Contrato	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DEL PROCESO DE ACTUALIZACION DE BASE DE DATOS DE ESTABLECIMIENTOS DE INTERES SANITARIO DE LA DIMENSIÓN SALUD AMBIENTAL, DENTRO DE LA GESTION DE LA SALUD PUBLICA, GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD, VIGENCIA 2022.**
Nombre del Contratante	**DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA**
Nombre del Contratista	**MARIA DEL CARMEN MANJARREZ BUENO**
N° de identificación del Contratista	**57.435.920 de Santa Marta Mag.-**
Valor del Contrato	**TRECE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M.L. ($13.200.000.oo)**
N° CDP	**298 DEL 19 DE ENERO DEL 2022**
N° CRP	**397 DEL 28 DE ENERO DE 2022**
Plazo del Contrato	**HASTA EL 30 DE JUNIO DE 2022**
Supervisor del Contrato	**DEIMER JACINTO MARÍN JIMÉNEZ**

En la ciudad de Santa Marta, se reunieron los suscritos, a saber: **DEIMER JACINTO MARÍN JIMÉNEZ** con C.C. **N° 84.036.790** expedida en San Juan del Cesar (Guajira), en su condición de **SECRETARIO DE SALUD DEL DISTRITO**, nombrado mediante **Decreto N° 012 del 27 de enero de 2022** y Supervisor del contrato en mención, en nombre y en representación de la **DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA**, identificada con NIT N°: 891.780.009-4, de una parte como **CONTRATANTE**, y por la otra, **MARIA DEL CARMEN MANJARREZ BUENO**, identificado (a) con C.C. N° **57.435.920** expedida en **Santa Marta Mag.** en calidad de **CONTRATISTA**, con el fin de **DAR POR TERMINADA** la ejecución del referido Contrato.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, a los 30 días del mes de junio de 2022

DEIMER JACINTO MARÍN JIMÉNEZ
Secretario de Salud Distrital
Supervisor

MARIA DEL CARMEN MANJARREZ BUENO
Contratista

Este Formato no podrá ser alterado o modificado sin previa autorización de la Oficina de Sistemas Integrados de Gestión.

ALCALDIA DE SANTA MARTA Distrito Turístico, Cultural e Histórico	FORMATO DE INFORME DE ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Código: MA-GCO-F-004
	EJECUCIÓN, LIQUIDACIÓN Y CIERRE DEL PROCESOS DE CONTRATACIÓN	Versión: 1
	GESTIÓN CONTRACTUAL	Página 1 de 1

ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS

Contrato N°	1195 DE 2022
Nombre del Contratante	DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA
Nombre del Contratista	MARIA DEL CARMEN MANJARREZ BUENO
N° de identificación del Contratista	57.435.920 de Santa Marta Mag.
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DEL PROCESO DE ACTUALIZACION DE BASE DE DATOS DE ESTABLECIMIENTOS DE INTERES SANITARIO DE LA DIMENSIÓN SALUD AMBIENTAL, DENTRO DE LA GESTION DE LA SALUD PUBLICA, GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD, VIGENCIA 2022
Valor del Contrato	ONCE MILLONES DE PESOS M.L. ($11.000.000.oo)
N° CDP	298 DEL 19 DE ENERO DEL 2022
N° CRP	2440 DE 19 DE AGOSTO DE 2022
Plazo del Contrato	HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2022
Supervisor del Contrato	JORGE BERNAL CONDE

En la ciudad de Santa Marta, se reunieron los suscritos, a saber: **JORGE BERNAL CONDE** con C.C. N° **93.354.749** expedida en Ibagué (Tolima), en su condición de **SECRETARIO DE SALUD DEL DISTRITO**, nombrado mediante **Decreto N° 271 del 04 de octubre de 2022** y Supervisor del contrato en mención, en nombre y en representación de la **DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA**, identificada con NIT N°: 891.780.009-4, de una parte como **CONTRATANTE**, y por la otra, **MARIA DEL CARMEN MANJARREZ BUENO** identificado (a) con C.C. N° 57.435.920 expedida en **Santa Marta**, en calidad de **CONTRATISTA**, con el fin de **DAR POR TERMINADA** la ejecución del referido Contrato.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, en el mes de **DICIEMBRE** del año **2022**

JORGE BERNAL CONDE
Secretario de Salud Distrital
Supervisor

MARIA DEL CARMEN MANJARREZ BUENO
Contratista

Este Formato no podrá ser alterado o modificado sin previa autorización de la Oficina de Sistemas Integrados de Gestión.

ALCALDÍA DE SANTA MARTA Distrito Turístico, Cultural e Histórico	FORMATO DE INFORME DE ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Código: MA-GCO-F-001
	EJECUCIÓN, LIQUIDACIÓN Y CIERRE DEL PROCESOS DE CONTRATACIÓN	Versión: 1
	GESTIÓN CONTRACTUAL	Página 1 de 1

ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS	
Contrato N°	610 del 2023
Nombre del Contratante	DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA
Nombre del Contratista	MARIA DEL CARMEN MANJARREZ BUENO
N° de Identificación	57.435.920 de Santa Marta
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DEL PROCESO DE ACTUALIZACIÓN DE BASE DE DATOS DE ESTABLECIMIENTOS DE INTERES SANITARIO DE LA DIMENSION SALUD AMBIENTAL, DENTRO DE LA GESTIÓN DE LA SALUD PUBLICA, GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD, VIGENCIA 2023.
Valor del Contrato	OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M.L (8.400. 000.oo)
N° CDP	441 DEL 14 DE FEBRERO DEL 2023
N° CRP	807 del 21 de marzo del 2023
Plazo del Contrato	HASTA EL 31 DE MAYO DEL 2023
Supervisor del Contrato	JORGE BERNAL CONDE SECRETARIO DE SALUD DISTRITAL DE SANTA MARTA

En la ciudad de Santa Marta, se reunieron los suscritos, a saber: **JORGE BERNAL CONDE** con C.C. **N° 93.354.749** expedida en Ibagué (Tolima), en su condición de **SECRETARIO DE SALUD DEL DISTRITO**, nombrado mediante **Decreto N° 271 del 04 de octubre de 2022** y Supervisor del contrato en mención, en nombre y en representación de la **ALCALDÍA DISTRITAL DE SANTA MARTA**, identificada con NIT N°: 891.780.009-4, de una parte como CONTRATANTE, y por la otra, **MARIA DEL CARMEN MANJARREZ BUENO**, identificado (a) con C.C. No. 57.435.920 expedida en **Santa Marta**, en calidad de CONTRATISTA, con el fin de **DAR POR TERMINADO** a la ejecución del referido Contrato.

Por lo que, con la firma de este documento, estoy manifestando que he sido notificado de mi labor de Supervisor, que conozco mis obligaciones, las cuales están descritas en el citado Contrato y que este da inicio, al cumplirse los requisitos de ejecución, señalados en el Artículo 41 de la Ley 80 de 1993.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, a los **TREINTA Y UN (31)** días del mes de MAYO del año 2023.

JORGE BERNAL CONDE
Secretario de Salud Distrital
Supervisor

MARIA DEL CARMEN MANJARREZ BUENO
Contratista

ALCALDÍA DE SANTA MARTA	FORMATO DE INFORME DE ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Código: MA-GCO-F-004
	EJECUCIÓN, LIQUIDACIÓN Y CIERRE DEL PROCESOS DE CONTRATACIÓN	Versión: 1
	GESTIÓN CONTRACTUAL	Página 1 de 1

ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS

Contrato N°	CONTRATO 1606 DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 2019 Y MODIFICATORIO 001 DEL 04 DE DICIEMBRE DE 2019
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL PROGRAMA ZOONOSIS DE LA DIMENSION SALUD AMBIENTAL, DENTRO DE LA GESTION DE LA SALUD PUBLICA, GESTION DEL CONOCIMIENTO, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD, VIGENCIA 2019.
Nombre del Contratante	DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA
Nombre del Contratista	MARIA DEL CARMEN MANJARREZ BUENO
N° de identificación del Contratista	57.435.920 de Santa Marta
Valor del Contrato	UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS ($1.900.000.oo)
N° CDP	2356 DEL 15 DE NOVIEMBRE DE 2019
N° CRP	2794 DEL 04 DE DICIEMBRE DE 2019
Plazo del Contrato	HASTA DICIEMBRE DE 2019
Supervisor del Contrato	JAIRO ENRIQUE ROMO ORTIZ

En la ciudad de Santa Marta, se reunieron los suscritos, a saber: **JAIRO ENRIQUE ROMO ORTIZ**, con C.C: N° **19.583.795** expedida en Fundación Mag.-, en su condición de **SECRETARIO DE SALUD DEL DISTRITO**, nombrado mediante **Decreto N° 453 del 05 de Noviembre de 2019** y Supervisor del contrato en mención, en nombre y en representación de la **DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA**, identificada con NIT N°: 891.780.009-4, de una parte como **CONTRATANTE**, y por la otra, **MARIA DEL CARMEN MANJARREZ BUENO**, identificado(a) con C.C. N° 57.435.920 expedida en Santa Marta, en calidad de **CONTRATISTA**, con el fin de **DAR POR TERMINADA** la ejecución del referido Contrato.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, en el mes de **DICIEMBRE** del año **2019**.

JAIRO ENRIQUE ROMO ORTIZ
Secretario de Salud del Distrito (E)
Supervisor

MARIA DEL CARMEN MANJARREZ B.
Contratista

Este Formato no podrá ser alterado o modificado sin previa autorización de la Oficina de Sistemas Integrados de Gestión.

ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS	
Contrato N°	PS1806-2023
Nombre del Contratante	DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA
Nombre del Contratista	MARIA DEL CARMEN MANJARREZ BUENO
N° de identificación del Contratista	57.435.920 de Santa Marta Mag.-
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DEL PROCESO DE ACTUALIZACION DE BASE DE DATOS DE ESTABLECIMIENTOS DE INTERES SANITARIO DE LA DIMENSIÓN SALUD AMBIENTAL, DENTRO DE LA GESTION DE LA SALUD PUBLICA, GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD, VIGENCIA 2023.
Valor del Contrato	CINCO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M.L. ($5.600.000.oo)
N° CDP	441 DEL 14 DE FEBRERO DEL 2023
N° CRP	3306 DE 24 DE NOVIEMBRE DE 2023
Plazo del Contrato	HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2023
Supervisor del Contrato	JORGE BERNAL CONDE

En la ciudad de Santa Marta, se reunieron los suscritos, a saber: **JORGE BERNAL CONDE** con C.C. **N° 93.354.749** expedida en Ibagué (Tolima), en su condición de **SECRETARIO DE SALUD DEL DISTRITO**, nombrado mediante **Decreto N° 173 del 08 de Agosto de 2022** y Supervisor del contrato en mención, en nombre y en representación de la **DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA**, identificada con NIT N°: 891.780.009-4, de una parte como **CONTRATANTE**, y por la otra, **MARIA DEL CARMEN MANJARREZ BUENO** identificado (a) con C.C. N° 57.435.920 expedida en **Santa Marta**, en calidad de **CONTRATISTA**, con el fin de **DAR POR TERMINADA** la ejecución del referido Contrato.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, en el mes de **DICIEMBRE** del año **2023**

JORGE BERNAL CONDE
Secretario de Salud Distrital
Supervisor

MARIA DEL CARMEN MANJARREZ BUENO
Contratista

Este Formato no podrá ser alterado o modificado sin previa autorización de la Oficina de Sistemas Integrados de Gestión.

ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS	
Contrato N°	**PS1463-2023**
Nombre del Contratante	**DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA**
Nombre del Contratista	**MARIA DEL CARMEN MANJARREZ BUENO**
N° de identificación del Contratista	**57.435.920 de Santa Marta Mag.-**
Objeto del Contrato	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DEL PROCESO DE ACTUALIZACION DE BASE DE DATOS DE ESTABLECIMIENTOS DE INTERES SANITARIO DE LA DIMENSIÓN SALUD AMBIENTAL, DENTRO DE LA GESTION DE LA SALUD PUBLICA, GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD, VIGENCIA 2023.**
Valor del Contrato	**ONCE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M.L.** **($11.200. 000.oo)**
N° CDP	**441 DEL 14 DE FEBRERO DEL 2023**
N° CRP	**2236 DE 19 DE JULIO DE 2023**
Plazo del Contrato	**HASTA EL 31 DE OCTUBRE DE 2023**
Supervisor del Contrato	**JORGE BERNAL CONDE**

En la ciudad de Santa Marta, se reunieron los suscritos, a saber: **JORGE BERNAL CONDE** con C.C. **N° 93.354.749** expedida en Ibagué (Tolima), en su condición de **SECRETARIO DE SALUD DEL DISTRITO**, nombrado mediante **Decreto N° 173 del 08 de Agosto de 2022** y Supervisor del contrato en mención, en nombre y en representación de la **DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA**, identificada con NIT N°: 891.780.009-4, de una parte como **CONTRATANTE**, y por la otra, **MARIA DEL CARMEN MANJARREZ BUENO** identificado (a) con C.C. N° 57.435.920 expedida en **Santa Marta**, en calidad de **CONTRATISTA**, con el fin de **DAR POR TERMINADA** la ejecución del referido Contrato.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, a los 31 días del mes de **OCTUBRE** del año **2023**

JORGE BERNAL CONDE
Secretario de Salud Distrital
Supervisor

MARIA DEL CARMEN MANJARREZ BUENO
Contratista

Este Formato no podrá ser alterado o modificado sin previa autorización de la Oficina de Sistemas Integrados de Gestión.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

TIC

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 57435920 **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 01/02/2024 09:54 PM

Código Verificación: **CKEG29HPDM**

Válida hasta: **02/05/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

EPS | Cajacopi
Cuida de ti

CERTIFICADO DE AFILIACION DE CAJACOPI EPS SAS

Se certifica que MAJARREZ BUENO MARIA DEL CARMEN identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANÍA número 57435920 , se encuentra registrado(a), con la siguiente información:

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION:	CC-57435920
NOMBRES Y APELLIDOS:	MAJARREZ BUENO MARIA DEL CARMENCABEZA DE FAMILIA
TIPO DE AFILIADO:	ACTIVO
ESTADO DE AFILIACIÓN:	02/06/2021
FECHA DE INGRESO A CAJACOPI EPS SAS:	
FECHA RETIRO CAJACOPI EPS SAS:	NINGUNA
DISCAPACIDAD:	CONTRIBUTIVO
REGIMEN:	1
NIVEL:	SANTA MARTA / MAGDALENA
MUNICIPIO / DEPARTAMENTO:	

SUBDIRECCION NACIONAL OPERACIONES
Fecha de generación: 05/02/2024
Código de verificación: AFAF202200000200876
Generado por: usuweb

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADO

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	INGRESO	Fecha de publicación	2023-02-06 11:44

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARIA	DEL CARMEN	MANJARREZ	BUENO

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	57435920

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	["Calle 14 No 2-49"]
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
TOTAL	$24.200.000,00

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

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]

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA DEL CARMEN MAJARREZ BUENO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **57435920,** se encuentra afiliado/a desde **08/06/1993** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 06 de febrero de 2024.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

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
Santa Marta		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: María Del Carmen Manjarrez Bueno

Sexo: M / F X

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C. X C.E T.I R.C PP	57.435.920	Santa Marta	22-Feb-1991

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
✓							✓		1			✓		✓

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
01 07 1971	Santa Marta	Carrera 15 #7A-15 Obrero	Santa Marta	Mag.

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
Marymanjabu@gmail.com	3016588702	

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU

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
	Publica		Privada		Mixta	Otra, cual?	

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	Total Egresos mensules
Otros Ingresos Mensules	Otros Egresos Mensuales
Total Activos	Total Pasivos
Mes y año de corte de la información financiera suministrada: Mes / Año	Es declarante? SI NO ✓

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, Soy Servidor Publico.

Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?

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

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez

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