En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, Victor Manuel Gomez V., Identificado con Cédula No. 1083041419. y Profesión Logistico Portuario. **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: Victor M Gomez

	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**)		
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-institucional/contratacion/proveedores/		

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.083.041.419**

GOMEZ VASQUEZ
APELLIDOS

VICTOR MANUEL
NOMBRES

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Victor Gomez
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-DIC-1998**
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.87 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

27-DIC-2016 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2100100-00880000-M-1083041419-20170131 0053349731A 1 47921914

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

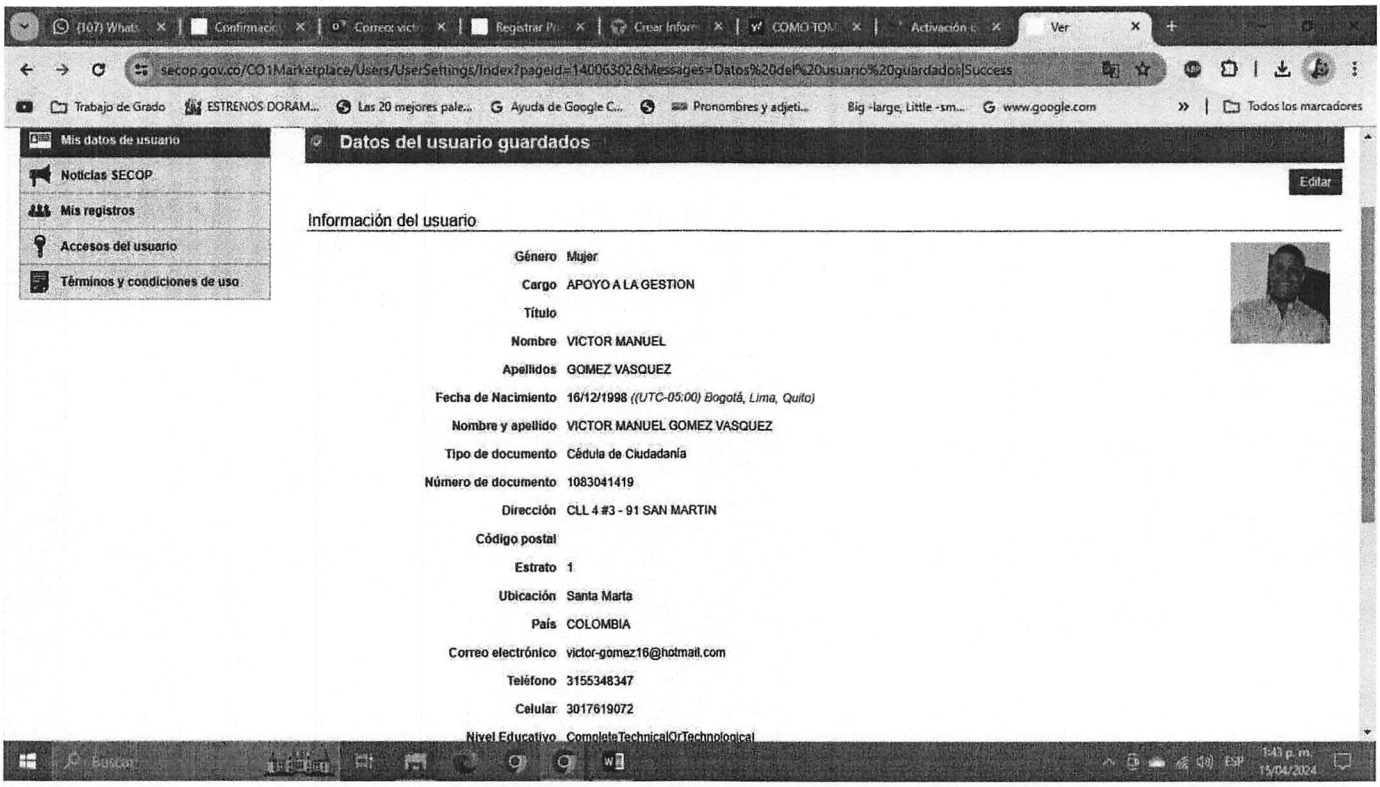
El (la) suscrito(a) **VICTOR MANUEL GOMEZ VASQUEZ** identificado con C.C./C.E./P.P No. **1.083.041.419** expedida en **Santa Marta - Magdalena**, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 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, en el mes de **abril** de **2024**.

Firma
Nombre **VICTOR MANUEL GOMEZ VASQUEZ**
Cédula **1.083.041.419**

COPIA CONTROLADA


Ver
secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageId=14006302&Messages=Datos%20del%20usuario%20guardados|Success
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Datos del usuario guardados
Editar
Información del usuario
Género Mujer
Cargo APOYO A LA GESTION
Título
Nombre VICTOR MANUEL
Apellidos GOMEZ VASQUEZ
Fecha de Nacimiento 16/12/1998 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Nombre y apellido VICTOR MANUEL GOMEZ VASQUEZ
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
Número de documento 1083041419
Dirección CLL 4 #3 - 91 SAN MARTIN
Código postal
Estrato 1
Ubicación Santa Marta
País COLOMBIA
Correo electrónico victor-gomez16@hotmail.com
Teléfono 3155348347
Celular 3017619072
Nivel Educativo CompleteTechnicalOrTechnological

Santa marta D.T.C.H, abril 2024

Gerente:
NORA ELVIRA ANILLO ROMERO
Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.

Yo **VICTOR MANUEL GOMEZ VASQUEZ** identificado con la cedula de ciudadanía N. º **1.083.041.419** de Santa Marta - Magdalena, mediante el presente me permito dejar en consideración el asunto de la referencia.

Para lo cual pretendo prestar mis servicios como **APOYO A LA GESTION.** Con alto grado de responsabilidad y eficiencia, plasmado las metas y objetivos encomendados por la **E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE** esto se traducirá en el cumplimiento de las tareas diarias dando apoyo administrativo, donde lo requiera el ente.

Agradeciendo su amable colaboración.

Cordialmente,

VICTOR MANUEL GOMEZ VASQUEZ
CC: 1.083.041.419 de Santa Marta
DIRECCION: Calle 4 #3-91 San martin
TEL: 301 761 9072
CORREO ELECTRONICO: victor-gomez16@hotmail.com

ACTA DE COMPROMISO

ABRIL 2024

Que conste por el presente documento que el suscrito abajo firmante, me comprometo aportar mi libreta militar a más tardar el 10 de junio del 2024 a la Oficina de Contratación del Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. Dado que a la fecha me encuentro en proceso de trámite.

Lo anterior a sabiendas de mi obligación como ciudadano de definir mi situación Militar de conformidad con el artículo 42 de la ley 1861 de 2017.

Me suscribo,

Nombre: Victor M. Gomez Vasquez

CC: 1083041419

FIRMA:

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14922996941

(415)7707212489984(8020) 000001492299694 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 3 0 4 1 4 1 9	0	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 3 0 4 1 4 1 9	2 0 1 6 1 2 2 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GOMEZ	VASQUEZ	VICTOR	MANUEL

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: CL 4 3 91 BRR SAN MARTIN

42. Correo electrónico: victor-gomez16@hotmail.com

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

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 2 0	2 0 2 3 0 3 1 5							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 06 - 28 / 12 : 46: 34

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre GOMEZ VASQUEZ VICTOR MANUEL
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
Gomez	Vasquez	Victor Manuel

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1083041419	F ○ M ⊗	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 16 MES 12 AÑO 1998	calle 3# 3 - 91			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO		EMAIL	victoryangie76@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		EDUCACION MEDIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2016

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 3017619072	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA / CALL CENTER	*DEPENDENCIA* CALL CENTER						*DIRECCIÓN*				

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 3017619072	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	21	*Mes*	08	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AGENTE CALL CENTRE						*DIRECCIÓN* AVENIDA 25A NORTE 25B 5 NORTE libertador				

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 3017619072	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	21	*Mes*	06	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AGENTE CALL CENTER						*DIRECCIÓN* AVENIDA 25 D 25D 28 AVENIDA LIBERTADOR				

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CALL CENTER						*DIRECCIÓN* AVENIDA null null null LIBERTADOR # 25 - 67				

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO*				
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día:		*Mes:*		*Año:*		*Día:*		*Mes:*		*Año:*
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*						*DIRECCIÓN*				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	8
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	8

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta . 15-Abril-2024

Victor M. Pineda

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

República de Colombia y en su nombre

Institución Educativa Distrital
El Carmen

Aprobada mediante Resolución No. 0013 de 2002 emanada
de la Secretaría de Educación Distrital

Confiere a:

Victor Manuel Gómez Vásquez

Identificado con D.T. 98121610027 de Santa Marta

El Título de:

Bachiller Académico

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

Ana Raquel Ortega Arrieta
Rectora

Libro 01 Folio 18 Acta 14 Año 2016

Dado en Santa Marta a los 2 días del mes de Diciembre de 2016

La República de Colombia y en su nombre

La Institución Educativa Distrital El Carmen

Resolución de aprobación N° 0013 de 2002 De la Secretaría De Educación Distrital

Acta de graduación: 18 Libro: 01 Folio: 24 Registro: 14

En el Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta a los dos días del mes de diciembre del año 2016, la suscrita Rectora de la Institución Educativa El Carmen, protocolizó la graduación de los alumnos de último grado de Educación Media. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron sus estudios, se procedió a otorgar el título de **BACHILLER ACADÉMICO. A:**

Nombres y Apellidos: Victor Manuel Gómez Vásquez

Documento: T.I. 98121610027 Santa Marta

Ana Raquel Ortega Arrieta
C.C. N° 32.746.555 de Barranquilla
Rectora

Fiel copia del acta de graduación original

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

CETECOS

LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DISTRITAL DE SANTA MARTA Y
LA CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

CETECOS

Institución de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Con licencia de funcionamiento según resolución No. 1407 del 28 de Noviembre de 2008 y con registro de programa según resolución No. 0779 de Agosto 17 de 2016 emanada de la Secretaria de Educación Distrital de Santa Marta.

CONFIERE EL CERTIFICADO DE TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN:

Auxiliar de Operaciones Portuarias

A:

VICTOR MANUEL GOMEZ VASQUEZ

Documento de Identidad: 1.083.041.419 de: Santa Marta (Magd.)

Por haber cursado y aprobado el programa de:

Auxiliar de Operaciones Portuarias

con una intensidad total de 800 horas.

Dado en Santa Marta a los 26 días del mes de Agosto de 2020

DIRECTOR

SECRETARIA GENERAL

Anotado en el folio No. 225 Registro 6185 del Libro de Actas 003

CETECOS

CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

ACTA DE CERTIFICADOS No. 6185

En la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, República de Colombia, a las 4:00 p.m. del día 26 de Agosto de 2020, se llevó a cabo el acto solemne de entrega de certificados de Técnico Laboral por competencias en:

Auxiliar de Operaciones Portuarias

A:

VICTOR MANUEL GOMEZ VASQUEZ

Doc. Identidad: 1.083.041.419, Expedido en: Santa Marta (Magd.)

El aspirante terminó sus estudios, y cumplió todos los demás requisitos exigidos por la institución para optar el certificado, tales como haber aprobado todos los módulos de formación, de conformidad con el reglamento vigente y se encuentra a Paz y Salvo con la institución por todo concepto.

La solemnidad estuvo presidida por los suscritos Director, Coordinador Académico, Secretaria General de la Institución y el Cuerpo Docente.

Número de Horas: 800

Para Constancia se firma la presente acta en el número de copias que ordena el Reglamento Académico y se registra en el folio No. 225 del Libro de Actas No. 003.

RECTORA
ALEXA DIAZGRANADOS PEREA

SECRETARIA
ANA K. AVENDAÑO GUTIERREZ

CETECOS

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE
CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

CETECOS

Certifica que:

VICTOR MANUEL GOMEZ VASQUEZ

Asistió al Seminario de:

IMPLEMENTACIÓN DE PLANES ESTRATÉGICOS EN SEGURIDAD VIAL

Santa Marta 17 de Octubre de 2019 Intensidad: 3 Horas

Rector

Conferencista

Universidad del Tolima

Una nueva historia
ACREDITADA
DE ALTA CALIDAD

Universidad del Tolima

Comité Ambiental en Defensa de la Vida

Certifican que:

VICTOR MANUEL GOMEZ VÁZQUEZ

C.C. 1083041419

Realizó el

Diplomado de Formación Ambiental Ciudadana: Gestión Ambiental y Territorial

"por la defensa del agua, la vida y el territorio"

Duración, 120 horas, realizado entre el 23 de Febrero y el 15 de Junio de 2021

Dado en Ibagué, a los 15 días del mes de Julio de 2021

Omar A. Mejía Patiño
Rector
Universidad del Tolima

Florian Huber
Florian Huber
Director Fundación Heinrich Böll Stiftung
Colombia

Jose E. Jiménez P.
Jose Eduardo Jiménez Patiño
Comité Ambiental en Defensa de la Vida

Flor Munera
Flor Munera
Presidente Corporación SOS Ambiental

HEINRICH BÖLL STIFTUNG
BOGOTÁ

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

VICTOR MANUEL GOMEZ VASQUEZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 1083041419

Cursó y aprobó la acción de Formación

MANEJAR PLAN SANITARIO EN ESPECIES MENORES CUMPLIENDO CON MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y NORMAS VIGENTES.

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Santa Marta. a los cuatro (4) dias del mes de julio de dos mil veintitres (2023)

Firmado Digitalmente por

JULIO RAFAEL DE JESUS DEL CASTILLO LOZANO
Subdirector
CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA
REGIONAL MAGDALENA

92045029 - 04/07/2023
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 9118002794828CC1083041419C.

Certificado de
Aptitud Laboral
Ingreso
Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 18/Mar/2023, **Hora:** 08:34:07 a.m.
HC: # 77709
Apellido: Gomez Vasquez **Nombre:** Victor Manuel
Edad: 24 años
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1083041419
Sexo: Masculino ♂
Empresa: Particular
Nacim: 16/Dic/1998
Cargo: Call Center
Rh: O+
Direccion: Calle 4 No 3-91 San Martin
Telefono: **Celular:** 3017619072 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 125 Kg **Estatura:** 190 Cm **IMC:** 34.6 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Sanitas **ARL:** Colmena **AFP:** Porvenir

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Dieta
Ejercicio Regular
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Debe Bajar De Peso
Realizar Pausa Activas
Cumplir Con Las Normal De Bioseguridad
.
Otras: Mejorar Habitos Alimenticios
Dieta Balanceada
Ejercicio Diario Minimo 30 Minutos
Control Y Seguimiento De La Ta.

Observaciones

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

Victor Manuel Gomez Vasquez
CC 1083041419

Huel
Digit

Santa Marta, 21 de diciembre del 2020

A QUIEN CORRESPONDA

Cordial saludo,

Rapimercar S.A sede Transporte certifica que **VICTOR MANUEL GOMEZ VASQUEZ** con cedula de ciudadanía N°**1.083.041.419 de SANTA MARTA (MAGDALENA)**, Realizó su práctica de **AUXILIAR DE OPERACIONES PORTUARIAS** desde el 12 de octubre del 2020 hasta el 21 de diciembre del 2020, laborando con una intensidad diaria de ocho (8) horas.

Cordialmente;

JHONNY RUA JIMENO
Gerente Rapimercar Transporte
gerente.transporte@rapimercar.com
Teléfono: (5) 436 8331 Ext 1402
Móvil: 3168744396

rapimercar
Calle 20 N° 21-33
Santa Marta – Colombia
www.rapimercar.com

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 1083041419 **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 13/04/2024 11:42 AM

Código Verificación: **FQWMJXBC5H**

Válida hasta: **10/07/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2024-04-15 12:25

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
VICTOR	MANUEL	GOMEZ	VASQUEZ

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1083041419

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

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$0,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1083041419
NOMBRES Y APELLIDOS	Gomez Vasquez,Victor Manuel
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	02/10/2021
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Gomez Vasquez,Victor Manuel, a los 13 días del mes de abril del año 2024.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GOMEZ VASQUEZ VICTOR MANUEL** identificado(a) con **CC** número **1.083.041.419** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 20 de noviembre de 2018 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 13 de abril de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que VICTOR MANUEL GOMEZ VASQUEZ, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.083.041.419 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 564822476, abierta/o desde el 22/3/2023.

Se expide en Bogotá el día 1 del mes de Diciembre del año 2023

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos												Sexo				
Victor Manuel Gomez Vanegas												M	X	F		
Tipo de Documento								Número			Expedida en			Fecha de Expedición		
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		1083041419	Santa Marta			27-Dic-2016		
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación		
Soltero	Casado	Divorciado		U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano	
X								X					X			
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento		
16	12	1998	Santa Marta			Cll 4 # 3-47 - San Martin					Santa Marta			Mag.		
Correo Electrónico											No. Celular			Teléfono		
Victor-Gomez16-@Hotmail.com											3017619072					
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
HUJM B	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	Apoyo A La Gestion
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?
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:
_____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

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

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



Victor M Gomez

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

