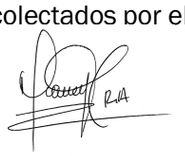
En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, **NANCY ESTHER RETAMOZO AGAMEZ**, Identificado con Cédula No. **1.004.352.497** y Profesión **TECNOLOGO EN COMUNICACION COMERCIAL AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE 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: 

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

COPIA CONTROLADA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.004.352.497**

RETAMOZO AGAMEZ

APELLIDOS

NANCY ESTHER

NOMBRES

FIRMA



Escaneado con CamScanner



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-NOV-1989**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

14-AGO-2008 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-2100100-01104092-F-1004352497-20191018 **00683**54670A 1 9910539050

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Escaneado con CamScanner

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1004352497**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1004352497	RETAMOZO	AGAMEZ	NANCY	ESTHER	2022-02-23, 8:40 am

Activar Windows
Ve a Configuración para activar

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

martes

El (la) suscrito(a) **NANCY ESTHER RETAMOZO AGAMEZ** identificado con C.C./C.E./P.P No. **1.004.352.497** expedida en **SANTA MARTA**, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 14 del mes de marzo de 2023.

Firma

Nombre **NANCY ESTHER RETAMOZO AGAMEZ**

Cédula **1.004.352.497**

COPIA CONTROLADA

Facturación | Facturación | Facturación | Consulte su EPS | Ver

secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=14005969

Incógnito (2)

Colombia Compra Eficiente
Agencia Nacional de Contratación Pública

Aumentar el contraste

UTC -5 9:20:28
NANCY ESTHER RETA...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio → Configuraciones de Perfil

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

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	TECNICO ADMINISTRATIVO
Título	Sra.
Nombre	NAN ESTHER
Apellidos	RETAMOZO AGAMEZ
Fecha de Nacimiento	9/11/1989 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	NAN ESTHER RETAMOZO AGAMEZ
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1004352497
Dirección	CALLE 11 # 4-64
Código postal	
Estrato	2
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	neretamozo.11@gmail.com
Teléfono	3184022498
Celular	3184022498
Nivel Educativo	Algunos años de universidad

Configuración

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

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es tu apodo?
Respuesta	nera
SMS para recuperar la contraseña	3184022498

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

Buscar

29°C Mayorm. soleado | ESP | 09:20 AM 12/07/2023

Santa Marta Magdalena, marzo 2024

Doctor,

GERMAN GAVIRIA VARGAS

Gerente

E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Cordial Saludo,

A solicitud de su respetada institución, yo **NANCY ESTHER RETAMOZO AGAMAEZ**, identificada con CC No **1.004.352.497** de Santa Marta, le solicito a usted me permita ingresar como **APOYO ADMINISTRATIVO** dentro del área de **FACTURACION**. Espero reunir las condiciones necesarias para tal cargo dentro de la empresa.

Atentamente,



NANCY ESTHER RETAMOZO AGAMEZ

1.004.352.497

Santa Marta

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14841961884

(415)7707212489984(8020) 000001484196188 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 4 3 5 2 4 9 7	2	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 0 4 3 5 2 4 9 7	2 0 0 8 0 8 1 4

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RETAMOZO	AGAMEZ	NANCY	ESTHER

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 38 B 18 A 34 BRR MURALLAS DEL PANDO

42. Correo electrónico: neretamozo.11@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 1 3 0 9 2 7					4 2 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	2	0																								

20- Obtención NIT

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 2022 - 07 - 28 / 08 : 11: 52

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 RETAMOZO AGAMEZ NANCY ESTHER

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
Retamozo	Agamez	Nancy Esther

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1004352497 — *SEXO*: F (X) M ( ) — *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 09 MES 11 AÑO 1989

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 11 - 4 64 RODADERO

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3184022498 EMAIL neretamozo.11@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	2008
										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	8		X	ADMINISTRACION DE EMPRESAS			
PREGRADO	4	X		TECNOLOGIA EN COMUNICACION COMERCIAL	08	2013	

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 VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4365007	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	11	*Año* 2014	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO - FACTURACION	*DEPENDENCIA* AUXILIAR ADMINISTRATIVO					*DIRECCIÓN* - CRA 14 #23-42						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD BANCO DE OCCIDENTE			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4211735	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2016	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL A ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* SUPERVISION Y MESA DE CONTROL					*DIRECCIÓN* - CRA 2 # 15-28						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AUDIFACTSALUD SAS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3122973249	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	09	*Año* 2013	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* Balcones del Libertador Manzana K Casa 14						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SOLUGRAPHIC			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4232836	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2011	*Día*	30	*Mes*	03	*Año*	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* AUXILIAR ADMININISTRATIVO					*DIRECCIÓN* - CR 17 # 12-04 EL CUNDÍ						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD LICEO FROEBEL			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3172426218	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	02	*Año* 2009	*Día*	12	*Mes*	12	*Año*	2009	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR PEDAGOCICA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR PEDAGOGICA					*DIRECCIÓN* - MZ 4 CASA 3						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE										
INSTITUCIÓN EDUCATIVA		*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*			*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*		*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	8	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	13	7

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 07/12/2023



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

Acta de Grado

En la ciudad de Santa Marta, a los (03) días del mes de Diciembre del año dos mil ocho (2.008), se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del Grado Undécimo. El Rector (a) y Secretario (a) de la **INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL EL PANDO**, aprobado por resolución 0562 del 20 de junio de 2005, de la Secretaria de Educación Distrital y autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, para otorgar el titulo de BACHILLER en la modalidad ACADÉMICO, correspondiente al nivel de Educación Media, comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes, se procedió a otorgar el titulo de **BACHILLER ACADEMICO**, al graduando cuyo número de orden, apellidos, nombres y numero de documento de identificación se relaciona a continuación:

NUMERO	APELLIDOS	NOMBRES
71	**RETAMOZO AGAMEZ**	**NANCY ESTHER**

Documento de identidad CC. No. 1.004.352.497 SANTA MARTA

Es fiel copia tomada de Acta original No. 014 de fecha Diciembre (03) del año dos mil ocho (2008), que consta de 87 alumnos graduados, comienza con los apellidos y nombres de ALMANZA FERNANDEZ DIANA CAROLINA y se cierra con los apellidos y nombres de VILLAR SANES ELEDIS ESTHER.

Firmado por Lic. **ORALDO ROPAIN MIRANDA** Rector y **LUDYS LOBATO LOBO** Secretaria.

Dada en Santa Marta, a los Tres (03) días del mes de Diciembre de dos mil ocho (2.008)

Lic ORALDO ROPAIN MIRANDA
Rector C.C. 12.535.669 de Santa Marta

LUDYS CECILIA LOBATO LOBO
Secretaria C.C. 36.553.107 de Santa Marta

República de Colombia

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL LICEO EL PANDO

SANTA MARTA D.T.C.H.

Certifica que:

NANCY ESTHER RETAMOZO AGAMEZ

Cursó el plan de estudios, logró los objetivos de formación definidos en el P.E.I. para la educación Básica Primaria, conforme a lo dispuesto en la ley 115 de 1994 que se reglamenta por el decreto 1860 de 1994 del Ministerio de Educación Nacional.

INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL LICEO EL PANDO

Director(a) RECTORA

Profesor(a)

Dado en Sta Mta el día 4 - DIC - de 02.

En nombre de la República de Colombia
y por autorización del
Ministerio de Educación Nacional
La Corporación de Estudios Técnicos, Ocupacional Sistematizada

CETECOS

Autorizada por la Secretaría de Educación Distrital
Según Resolución No. 108 del 18 de Febrero de 1997
y 411 del 6 de Septiembre del 2000 y 1217 del 25 de Junio de 2007

En Atención a que

NANCY ESTHER RETAMOZO AGAMEZ

Identificado (a) con C.C./T.I. 1.004.352.497 Expedida en Santa Marta (Magd.)

Ha completado todos los estudios y llenado los requisitos legales y estatutarios exigidos en el nivel de educación de instituciones de formación para el trabajo y desarrollo humano, conforme a la norma reglamentada por el decreto 114 de 1.996 artículo 13

Otorga el Presente Certificado de Aptitud Ocupacional con Conocimientos Académicos como Técnico en:

Operación de Computadores

Intensidad Horaria 1050 Horas

En testimonio de ello se firma y sella el presente certificado dado en Santa Marta,
El Día 6 del mes de Agosto del año 2009 Acta de Grado No. 0043

Carlos González Gutiérrez
Directora

Jairo García López
Coordinador Académico

Coordinador Programa
Henry Ortiz Ruiz

REPÚBLICA DE COLOMBIA

CETECOS

CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

Certifica que:

NANCY RETAMOZO AGAMEZ

Asistió al Seminario de:

ULTIMAS TECNOLOGÍAS EN INFORMATICA

SANTA MARTA, 03 DE Abril DE 2009 INTENSIDAD: 3 Horas

CARLOS GONZALEZ GUTIERREZ
Director

JAIRO MARIN ACOSTA
Conferencista

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

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

NANCY ESTHER RETAMOZO AGAMEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 1.004.352.497

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

Título de

TECNÓLOGO EN

COMUNICACIÓN COMERCIAL

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Santa Marta,
a los veintitres (23) días del mes de agosto de dos mil trece (2013)

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

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

534709 - 23/08/2013
No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 95290033679CC1004352497C.

Servicios Médicos Domiciliarios LTDA

SERVIMED I.P.S

Calle 22 No. 14 - 05 • Local 101 C.C. Alcázares Plaza • Teléfono: 431 38 74
Informacion@servimedips.com.co • www.servimedips.com.co

NOMBRE DE LA EMPRESA	CIUDAD	AÑO		
		DIA	MES	AÑO
HOSPITAL JOSE MARIA BARRENECHEA	SANTA MARTA	13	12	2021

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre Y Apellido:	Documento de Identidad			
NANCY RETAMOZO AGAMEZ	Tipo: CC	No	1004352497	
Direccion:	Telefono:			
Cargo: TECNICO ADMINISTRATIVO	Sexo: M [ ] F [X]	Fecha de Nacimiento:	9-11-89	

Tipo de Examen Ocupacional

Preocupacional	[X]	Periodico	[ ]	Post Ocupacional	[ ]	Manipulador Alimentos	[ ]
Reintegro Laboral	[ ]	Post Incapacidad	[ ]	Reubicacion	[ ]		

Examenes Practicados (Ocupacional - Ambos - Otro No Realizado)

EXAMEN	N	A	LABORATORIOS /IMÁGENES	N	A
Medico Ocupacional	X				
Visiometria					
Espirometria					
Audiometria					

Aptitud Frente al Trabajo

Al examen medico no presenta defectos ni patologia aparente	X
Al examen medico presenta condiciones de salud que no disminuyen su capacidad laboral	
Al examen medico presenta condiciones de salud que pueden agravarse con el trabajo	
Al examen medico presenta condiciones de salud que deben ser tratados antes de ingresar	

¿Presenta Restricciones? Si [ ] No [ ] ¿Cuáles? _____

Observaciones:

Concepto Final de Aptitud Ocupacional

Apto sin Limitaciones	[X]	Apto con limitacione	[ ]	Aplazado	[ ]	Apto Manipular Alimentos	[ ]
No Apto	[ ]	Apto para Alturas	[ ]	No Apto para Alturas	[ ]	No Apto Espacios Confinados	[ ]
Apto Espacios Confinados	[ ]						

RECOMENDACIONES EN SALUD OCUPACIONAL

Medicas	Ocupacional			Habitos y estilos de vida saludable	
Remisión a EPS	[ ]	Uso de EPP	[ ]	Inicio de actividad fisica	[ ]
		Ingreso al SVE		Dejar de fumar	[ ]
Continuar manejo médico	[ ]	Carga fisica	[ ] Visual [ ]	Reducir el consumo de alcohol	[ ]
		Ruido	[ ] Biologico [ ]	Control del peso	[ ]
Remisión a ARP	[ ]	Radiologico	[ ] Radiaciones [ ]	Otro:	[ ]
		Psicolaboral	[ ] Cardiovascular [ ]		
Citologia Vaginal	[ ]	otro	[ ]		

Dr. Gustavo Severini
Especialista en Salud Ocupacional
Resolución 1529

Firma del Medico
Licencia de Salud Ocupacional

Firma del Trabajador
CC No. 1004352497

Escaneado con CamScanner

HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez Barreneche E.S.E.

CLAUSULAS ADICIONALES CD20232842

En Santa Marta, Entre los suscritos, **GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA**, Mayor de edad, identificado con Cedula de Ciudadanía Nº 84.458.523 de santa marta (Magdalena), domiciliado y residenciado en la en la misma ciudad, en su calidad de Gerente Encargado, mediante decreto 211 del 23 de mayo de 2023 de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE, identificado con el NIT. N.º 891.780.185 – 2, creado mediante Decreto 377 del 23 de Diciembre de 2005, cuya denominación fue modificada mediante Ordenanza No. 084 del 03 de diciembre de 2018, facultado para contratar de conformidad con los establecido en el Acuerdo 009 de 2015, y demás modificaciones, por una parte y por la otra**, NANCY ESTHER RETAMOZO AGAMEZ** mayor de edad, identificado con cedula de ciudanía No. **1004352497** expedida en **SANTA MARTA (MAGDALENA)**, quien en adelante y para efectos del presente acuerdo de voluntades se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el presente documento de cláusulas adicionales, las cuales se entienden incorporadas al Contrato de Prestación de Servicios Profesionales, ***suscrito por Firma electrónica en SECOP II, a través de mensajes de datos***:

1. OBJETO:	PRESTAR LOS SERVICIOS TECNICO ADMINISTRATIVO EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
2. OBLIGACIONES:	1. Obrar con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el supervisor del contrato. 2. Realizar todas y cada una de las siguientes actividades: a) Armado de cuentas medicas de prestación de servicios de salud. b) Radicación de cuentas ante los entes responsables de pago. c) Revisión de cuentas pendientes por radicar. d) Cargue, digitación y liquidación diaria de información de historias clínicas de los servicios de salud prestados en la ese en el sistema de información, para radicación de cuentas. e) Solicitud de autorización de servicios al ente responsable de pago. f) Censo diario de pacientes hospitalizados en los diferentes servicios asistenciales de la E.S.E. g) Soporte de cuentas medicas a radicar ante los entes responsables de pago. h) Validación de RIPS de las cuentas médicas que se presentan ante los entes responsables de pago. i) Corte de valores radicados en virtud a los contratos celebrados entre la ESE y las EAPB, para la prestación de servicio de salud. j) Recaudo concerniente a copagos y ventas a clientes particulares. k) Recepción de facturas, consolidación de soportes y elaboración de informes concernientes a aliados y prestadores de servicios de salud. l) Cargue de medicamentos, laboratorios, imagenología y demás elementos de apoyo diagnostico ambulatorio y pacientes hospitalizados. m) Recepción, control y digitalización de historias clínicas cargadas en el área de hospitalización. n) Facturación de procedimientos ambulatorios. ñ) Velar por el adecuado diligenciamiento de los diferentes formatos anexos a las facturas. o) Realizar cierre de facturas y verificación de tarifas pactadas entre la entidad responsable de pago y la E.S.E. 3. Cerrar todas las admisiones y liquidar todas las facturas que se generen en el mes, requisito indispensable para que el supervisor del contrato certifique la cuenta de cobro del respectivo mes. 4. Garantizar su presencia en los turnos asignados para la consecución de las metas propuestas.

	5. Garantizar la adecuada utilización de la herramienta sistemática (software) entregada por el HUJMB. 6. Guardar plena reserva y garantizar que la información y los medios tecnológicos suministrados por la ESE no serán utilizados con otros fines que no sean el bienestar del HUJMB. 7. Garantizar que durante el proceso de transición del actual sistema de asignación no se presente ninguna anomalía en la prestación del servicio. 8. Utilizar correctamente las áreas e infraestructura que se les haga entrega al momento de iniciar la prestación del servicio y hasta la finalización del contrato. 9. Garantizar la gestión de manera eficiente de sus actividades, evitando el uso de cualquier aparato electrónico (celular, tabletas, etc.) que no sea para uso institucional.
3. VALOR:	**($ 5700000)**
4. FORMA DE PAGO:	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA en **3** pagos por valor de **($1900000)** parciales, de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento de expedida por parte del Supervisor del contrato.
5. CDP:	N°. **1605**
6. PLAZO:	Previa legalización del contrato sin exceder del 30 DE SEPTIEMBRE de 2023.
7. SUPERVISOR:	La supervisión, control y vigilancia del contrato será ejercida por la **SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA,** o por quien designe el ordenador del gasto, quedando obligado EL CONTRATISTA a suministrarle toda la información que le sea solicitada para verificar el correcto y oportuno cumplimiento de las obligaciones.
8. DERECHOS DEL CONTRATISTA	**a)** Tendrá derecho a recibir oportunamente la remuneración pactada en la cláusula del presente contrato y a que el valor intrínseco de la misma no se altere o modifique durante la vigencia del contrato. En consecuencia, tendrán derecho, previa solicitud, a que la administración les restablezca el equilibrio de la ecuación económica del contrato a un punto de no pérdida por la ocurrencia de situaciones imprevistas que no sean imputables a los contratistas. Si dicho equilibrio se rompe por incumplimiento de la entidad estatal contratante, tendrá que restablecerse la ecuación surgida al momento del nacimiento del contrato. **b)** Podrán acudir a las autoridades con el fin de obtener la protección de los derechos derivados del contrato y la sanción para quienes los desconozcan o vulneren.
9. DERECHOS DEL CONTRATANTE	Para la ejecución de los fines, se exigirá del CONTRATISTA **1.** la ejecución idónea y oportuna del objeto contratado. Igual exigencia podrá hacer al garante. **2.** Adelantará las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar. **3.** Solicitará la actualización o la revisión de los precios cuando se produzcan fenómenos que alteren en su contra el equilibrio económico o financiero del contrato. **4.** Adelantará las acciones conducentes a obtener la indemnización de los daños que sufran en desarrollo o con ocasión del contrato celebrado. **5.** Adoptará las medidas necesarias para mantener durante el desarrollo y ejecución del contrato las condiciones técnicas, económicas y financieras existentes al momento de proponer en los casos en que se hubiere realizado licitación o

	concurso, o de contratar en los casos de contratación directa. Para ello utilizarán los mecanismos de ajuste y revisión de precios, acudirán a los procedimientos de revisión y corrección de tales mecanismos si fracasan los supuestos o hipótesis para la ejecución y pactarán intereses moratorios. Sin perjuicio de la actualización o revisión de precios, en caso de no haberse pactado intereses moratorios, se aplicará la tasa equivalente al doble del interés legal civil sobre el valor histórico actualizado. **6.** Sin perjuicio del llamamiento en garantía, repetirá contra los servidores públicos, contra el contratista o los terceros responsables, según el caso, por las indemnizaciones que deban pagar como consecuencias de la actividad contractual. **7.** Actuará de tal modo que, por causas a ellas imputables, no sobrevenga una mayor onerosidad en el cumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista. Con este fin, en el menor tiempo posible, corregirán los desajustes que pudieren presentarse y acordarán los mecanismos y procedimientos pertinentes para precaver o solucionar rápida y eficazmente las diferencias o situaciones litigiosas que llegaren a presentarse.
10. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA	EL Contratista será responsable ante las autoridades de los actos u omisiones que desarrolle en el ejercicio de las actividades del presente contrato, cuando con ellos cause perjuicio a la administración o a terceros.
11. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATANTE	Los honorarios, salarios y demás pagos de personal que **EL CONTRATISTA** vincule para el cumplimiento del objeto y las obligaciones del presente contrato, serán por cuenta y riesgo de EL CONTRATISTA, en consecuencia, **EL CONTRATANTE** queda exonerado de toda responsabilidad y gasto que se ocasiones por fuera del valor estipulado en el presente contrato.
12. TERMINACION, MODIFICACION E INTERPRETACION UNILATERAL DEL CONTRATO	La ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE puede terminar, modificar y/o interpretar unilateralmente el contrato, de acuerdo con los artículos 15 a 17 de la Ley 80 de 1993, cuando lo considere necesario para que el Contratista cumpla con el objeto del presente Contrato
13. CADUCIDAD.	En virtud de esta cláusula, si se presentase alguno de los hechos constitutivos de incumplimiento de las obligaciones a cargo del Contratista previstas en el presente contrato, que afecte de manera grave y directa la ejecución del mismo y evidencie que puede conducir a su paralización, el Contratante aplicará el procedimiento dispuesto en el artículo 86 de la ley 1474 de 2011.
14. MULTAS.	En caso de retardo o incumplimiento parcial de alguna de las obligaciones derivadas del presente contrato por causas imputables al Contratista; El Contratante podrá imponerle multas sucesivas, cuyo valor se liquidará con base en un uno por ciento (1%) del valor total del contrato, por cada día de retardo hasta por 15 días; o en un uno por ciento (1%) del valor estimado del Contrato, por cada situación o hecho constitutivo de incumplimiento parcial; según sea el caso. Las multas y/o sanciones se impondrán de conformidad con lo dispuesto en la ley 1150 de 2007, artículo 17 y el procedimiento para su imposición se aplicará teniendo en cuenta la Ley 1474 de 2011, artículo 86**.**
15. CLAUSULA PENAL	En caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total de las obligaciones derivadas del presente contrato, el Contratista pagará al Contratante a título de pena pecuniaria, una suma equivalente al diez por

	ciento (10%) del valor total del contrato. La imposición de esta pena pecuniaria se considerará como pago parcial y definitivo de los perjuicios que cause al Contratante. No obstante, el Contratante se reserva el derecho de cobrar perjuicios adicionales por encima del monto de lo aquí pactado, siempre que los mismos se acrediten. Las multas y/o sanciones se impondrán de conformidad con lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley 1150 de 2007 y el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011. **PARÁGRAFO. APLICACIÓN DEL VALOR DE LAS SANCIONES:** El valor de las multas y de la cláusula penal pecuniaria se tomará del saldo a favor del Contratista. Si esto último no fuere posible, se cobrará por vía ejecutiva; por lo que el Contratista con la suscripción del presente contrato autoriza de manera irrevocable al Contratante, a deducir de las sumas que le llegaren a adeudar por cualquier concepto el valor de las multas y sanciones pecuniarias que llegaren a imponerse.
16. GARANTÍAS Y MECANISMOS DE COBERTURA DEL RIESGO	Con fundamento en lo dispuesto en el Decreto 1082 de 2015, artículo 2.2.1.2.1.4.5, que señala: "*No obligatoriedad de garantías y la justificación para exigirlas o no debe estar en los Estudios y Documentos Previos*", no se exigirán pólizas para el presente proceso de contratación.
17. CESIONES.	EL Contratista no podrá ceder este contrato a persona alguna natural o jurídica, nacional o extranjera, sin el consentimiento previo y escrito del Contratante
18. INDEMNIDAD.	EL Contratista, se responsabiliza y asume por su cuenta y riesgo, y así mismo librará totalmente a la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, de cualquier hecho que genere reclamaciones ya sean de carácter civil, penal, policivo, o de cualquier situación, hecho a causa originado por agentes humanos que puedan originar, suscitar o producir responsabilidad contractual o extra contractual derivada de la operación por ellos organizados; deberán mantener a la ESE, indemne y libre de toda perdida, daño y pago de todo reclamo, demandas, litigio, acción legal y reivindicación de cualquier especie y naturaleza que se entable o pueda entablarse contra de la ESE, por causa de acciones u omisiones en que incurra EL CONTRATISTA o empleados en la ejecución de sus obligaciones en el presente contrato.
19. CASO FORTUITO Y FUERZA MAYOR.	Las partes quedan exoneradas de responsabilidad por el incumplimiento de cualquiera de sus obligaciones o por la demora en la satisfacción de cualquiera de las prestaciones a su cargo derivadas del presente contrato, cuando el incumplimiento sea resultado o consecuencia de la ocurrencia de un evento de fuerza mayor y caso fortuito debidamente invocadas y constatadas de acuerdo con la ley y la jurisprudencia colombiana.
20. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	Las partes acuerdan someter a la decisión de la Procuraduría General de la Nación, las diferencias que puedan surgir por razón de la celebración del contrato y de su ejecución, desarrollo, terminación o liquidación.
21. PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN	El presente contrato requiere para su perfeccionamiento de la firma de las partes, la expedición del registro presupuestal correspondiente y la suscripción del acta de inicio.
22. REGISTRO Y APROPIACIONES PRESUPUESTALES.	El valor del presente contrato, se pagará con cargo al presupuesto de la actual vigencia, según el CDP respectivo.
23. CONFIDENCIALIDAD.	En caso de que exista información sujeta a alguna reserva legal, las partes deben mantener la confidencialidad de esta información. Para ello,

	debe comunicar a la otra parte que la información suministrada tiene el carácter de confidencial.
24. AUSENCIA DE PRESTACIONES.	Por el presente contrato, EL CONTRATISTA no adquiere vínculo laboral alguno con EL DEPARTAMENTO y es el único responsable de la prestación del servicio. En consecuencia, y de conformidad con lo preceptuado en el numeral 3º del artículo 32 de la Ley 80 de 1993, no tendrá derecho a reconocimiento de ningún otro emolumento distinto al pago del valor determinado en la Cláusula Tercera de este contrato.
25. AFILIACIÓN AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL.	Con el fin de dar cumplimiento a lo preceptuado en el artículo 282 de la Ley 100 de 1993, EL CONTRATISTA deberá acreditar que se encuentra afiliado a un sistema de pensión y salud. **PARÁGRAFO PRIMERO.** De conformidad con lo establecido en la Ley 797 de 2003 y en el Decreto 1703 de 2002, EL CONTRATISTA, deberá afiliarse de manera obligatoria al sistema de pensiones y salud, por un valor que deberá guardar relación con los ingresos efectivamente percibidos por el afiliado.
26. SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL CONTRATO.	De común acuerdo, las partes contratantes podrán suspender la ejecución de este contrato, mediante la suscripción de un acta en la cual conste el evento sin que para efectos del término de duración del contrato se compute el tiempo de la suspensión.
27. CAUSALES DE TERMINACIÓN.	El presente contrato se puede dar por terminado cuando: **a)** se declare la caducidad o la terminación unilateral, de conformidad con la Ley 80 de 1993, Artículos 17 y 18, **b)** por mutuo acuerdo de las partes. **c)** cuando se dé cumplimiento del objeto del contrato, y **d)** por vencimiento del plazo.
28. IMPUESTOS.	Los impuestos y las contribuciones parafiscales que se causen por razón o con ocasión del contrato serán por cuenta del CONTRATISTA, y las retenciones que ordene la ley en relación con sus honorarios serán efectuadas por la ESE.
29. LUGAR DE EJECUCION Y DOMICILIO CONTRACTUAL.	Para todos los efectos contractuales y legales atinentes a este compromiso, las partes acuerdan como lugar de ejecución del contrato la cuidad de santa marta departamento del magdalena y como domicilio contractual el Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta.
30. **NOTIFICACIONES.**	Los avisos, solicitudes, comunicaciones y notificaciones que las partes deban hacer en desarrollo del presente contrato, deben constar por escrito y se entenderán debidamente efectuadas sólo si son entregadas personalmente o por correo electrónico a la persona dispuesto en el SECOP II, y las constancias emitidas por mensaje de datos en el SECOP II

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 1004352497 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 15/03/2024 08:57 AM

Código Verificación: **2VQF148B67**

Válida hasta: **13/06/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-06-06 15:18

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
NANCY	ESTHER	RETAMOZO	AGAMEZ

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1004352497

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$20.628.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$20.628.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

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:

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 1004352497
NOMBRES Y APELLIDOS	Retamozo Agamez,Nancy Esther
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/12/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Retamozo Agamez,Nancy Esther, a los 15 días del mes de marzo del año 2024.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RETAMOZO AGAMEZ NANCY ESTHER** identificado(a) con **CC** número **1.004.352.497** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 31 de marzo de 2012 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 15 de marzo 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

2024031509120

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **NANCY ESTHER RETAMOZO AGAMEZ** identificado con **CC** No. **1004352497**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE - NI. 891780185	**Fecha de inicio de cobertura:** 01/09/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/01/2024 **Fecha fin de Contrato:** 31/03/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401013326120.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 15 días del mes de marzo de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

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 NANCY ESTHER RETAMOZO AGAMEZ				Sexo			
				M		F	X

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		1.004.352.497	SANTA MARTA	14/08/2008

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		2		X			X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
9	1	1989	SANTA MARTA	CALLE 11 # 4-64	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
neretamozo.11@gmail.com	3184022498	

Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado		Hogar		Jubilado			7	4	9	0

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
	Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p.

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	x	Privada		Mixta		Otra, cual?	

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
Cra 14 # 23-42			

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales $ 1.701.000	Total Egresos mensules $ 1.701.000
Otros Ingresos Mensules	Otros Egresos Mensuales
Total Activos	Total Pasivos

Mes y año de corte de la información financiera suministra	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO	x

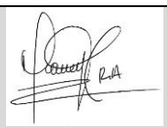
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

Declaro que soy persona 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. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me





5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

_____

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento