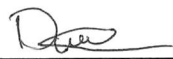


En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,**
Duvan Snneider Gomez Aguirre, Identificado con Cédula No.
1095838344 y Profesión Bachiller **AUTORIZO**
que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable 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		
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)	-	✓
9	RUT - Registro Único Tributario (Año 2023)	✓	
10	Hoja de Vida – Función pública (SIGEP II) (Actualizada Mes Actual)	✓	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)	✓	
12	Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (fecha vigente - Mes Actual).	-	✓
13	Convalidación de Título – Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.	-	✓
14	Tarjeta Profesional	-	✓
15	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 – Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (Vigencia no superior a TRES (03) años)	✓	
16	Soporte de experiencia laboral.	✓	
17	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://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

NÚMERO **1.095.838.344**

GOMEZ AGUIRRE

APELLIDOS
DUVAN SNEIDER

NOMBRES

[Firma]
FIRMA

[Fotografía]

ES VALIDO PARA REGISTRO

[Huella dactilar]
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-JUN-1998**
BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.75 **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

21-JUL-2016 FLORIDABLANCA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YACHA

[Código de barras]

P-2708200-00849644-M-1095838344-20160917 0051281392A 1 45097040

ES VALIDO PARA REGISTRO DE SECOP II

Has buscado el número de identificación: **1095838344**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1095838344	GOMEZ	AGUIRRE	DUVAN	SNEIDER	2024-02-12, 4:39 pm

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
CONSULTA EN BASES DE DATOS**

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

El(la) suscrito(a) Duvan Snneider Gomez identificado con C.C./C.E./P.P No. 1095838344 expedida en Florida, la, 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.huymb.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 13 del mes de febrero de 2024

Firma 
Nombre Duven Gomez
Cédula 1095838344



ueda ▾ Mis procesos ▾ Menú ▾ Ir a ▾

Buscar



no → Configuraciones de Perfil

Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario

Género Hombre
Cargo
Título
Nombre Duvan sneider
Apellidos Gomez aguirre
Fecha de Nacimiento 26/06/1998 @UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito
Nombre y apellido Duvan sneider Gomez aguirre
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
Número de documento 1095838344
Dirección Sierra adentro reservado
Código postal
Estrato 3
Ubicación Santa Marta
País COLOMBIA
Correo electrónico Sneydergomez536@gmail.com
Teléfono
Celular 3006330902
Nivel Educativo Toda la secundaria



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 Sney
SMS para recuperar la contraseña 3006330902

Editar

Santa marta D.T.C.H, mayo de 2024

Señora

NORA ELVIRA ANILLO ROMERO

GERENTE (e)

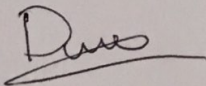
E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.

Yo **DUVAN SNEIDER GOMEZ AGUIRRE** identificado con la cedula de ciudadanía N° 1095838344 de santa marta, mediante el presente me permito dejar en consideración el asunto de la referencia.

Para lo cual pretendo prestar mis servicios como **AUXILIAR DE APOYO ADMINISTRATIVO**. 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,



DUVAN SNEIDER GOMEZ AGUIRRE

CC 1095838344 SANTA MARTA

Floridablanca, 12 de febrero del 2024.

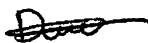
Señores:
**HOSPITAL UNIVERSITARIO
JULIO MENDEZ BARRENECHE
SANTA MARTA.**

Asunto: Compromiso.

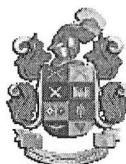
Yo, DUVAN SNEIDER GOMEZ AGUIRRE, mayor de edad con cedula de ciudadanía N° 1.095.838.344 expedida en la ciudad de Floridablanca, me comprometo que en la próxima contratación, tendré la Libreta Militar, requisito solicitado por ustedes.

De antemano le agradezco, la compresión brindada.

Atentamente,


**DUVAN SNEIDER GOMEZ AGUIRRE
C.C 1.095.838.344
CEL. 300-6330902**

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL**



COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el señor DUVAN SNEIDER GOMEZ AGUIRRE identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1095838344, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	DUVAN
Segundo Nombre:	SNEIDER
Primer Apellido:	GOMEZ
Segundo Apellido:	AGUIRRE
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	1095838344
Razón para el estado:	Inscripción
Estado del ciudadano:	Registrado

**ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR**

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 4 días del mes de Marzo de 2024, a las 3:35:20 PM.

Cordialmente,

TC. JOAN MAURICIO DIAZ SÁNCHEZ.

Generó: Sistema Fénix

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional



PATRIA HONOR LEALTAD

COMANDO DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO
Cra. 11 B No. 104*-64 Bogotá D.C- Colombia
CallCenter: (601) 4261420
Horario de atención de Lunes a Viernes



2. Concepto ☐ 0 ☒ 1 Inscripción

4. Número de formulario

14755594860



(415)7707212489984(8020) 000001475559486 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 9 5 8 3 8 3 4 4

6. DV

2

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Santa Marta

14. Buzón electrónico

1 9

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 0 9 5 8 3 8 3 4 4

27. Fecha expedición

2 0 1 6, 0 7, 2 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Santander

6 8

30. Ciudad/Municipio

Floridablanca

2 7 6

31. Primer apellido

GOMEZ

32. Segundo apellido

AGUIRRE

33. Primer nombre

DUVAN

34. Otros nombres

SNEIDER

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Magdalena

4 7

40. Ciudad/Municipio

Santa Marta

0 0 1

41. Dirección principal

CL 19 ED 19 24 AP 1103

42. Correo electrónico

sneydergomez536@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 0 6 3 3 0 9 0 2

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

7 4 9 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 1, 0 2, 0 1

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número

establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 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
4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

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

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

☐

60. No. de Folios:

6

61. Fecha

2021 - 05 - 05 / 14 : 15: 37

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 VASQUEZ BERMUDEZ ARNOVIS WILSON

985. Cargo Analista III



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GOMEZ		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) AGUIRRE		NOMBRES DUVAN SNEIDER	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>1095838344</u>		SEXO F ☐ M ☒		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <u>26</u> MES <u>06</u> AÑO <u>1998</u> PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>SANTANDER</u> MUNICIPIO <u>BARRANCABERMEJA</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 19E 19 24 SANTA CATALINA PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>MAGDALENA</u> MUNICIPIO <u>SANTA MARTA</u> TELÉFONO <u></u> EMAIL <u>sneydergomez536@gmail.com</u>			

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X1°	MES	12	AÑO	2016

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

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 ESSMAR				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionalusuario@essmar.gov.co			
TELÉFONOS 3006330902			FECHA DE INGRESO Día: 18 Mes: 05 Año: 2021					FECHA DE RETIRO Día: 31 Mes: 03 Año: 2022			
CARGO O CONTRATO ACTUAL OPERARIO DE LECTURA Y REPARTO			DEPENDENCIA OPERARIO					DIRECCIÓN BODEGAS GAIRA CLL 70 # 12-418			

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	10 MESES

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

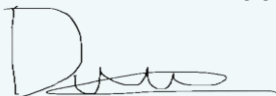
6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento S A N T A M A R T A 06/05/2024



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD ESSMAR				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionalusuario@essmar.gov.co						
TELÉFONOS 3006330902			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	18	Mes	05	Año	2021	Día	31	Mes	03	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL OPERARIO DE LECTURA Y REPARTO			DEPENDENCIA OPERARIO					DIRECCIÓN BODEGAS GAIRA CLL 70 # 12-418						

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	10 MESES

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

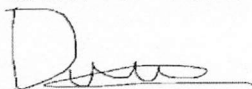
6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento S A N T A M A R T A 13/02/2024



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

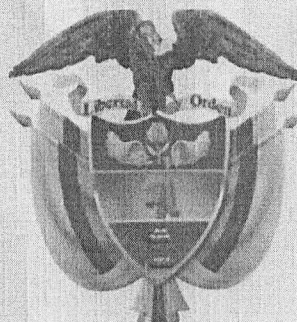
7

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



La República de Colombia y en su nombre

FUNDETEC

**FUNDACIÓN EDUCATIVA Y TÉCNICA HACIA EL
PROGRESO INDUSTRIAL**

BUCARAMANGA-SANTANDER

Reconocido oficialmente por la Secretaría de Educación del Municipio de Bucaramanga
según Resolución No. 1535 del 31 de Octubre del 2006, para Educación Formal según
el Decreto 3011 de 1997, en los niveles de Básica y Media, de Ciclos Lectivos
Especiales Integrados CLEI.

Confiere A:

Duvan Sneider Gómez Aguirre

Identificado (a) con C.C. N° 1.095.838.344 de Floridablanca

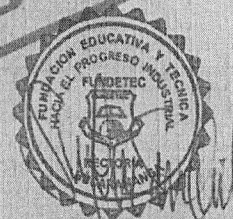
El Título de:

BACHILLER

Por haber alcanzado y aprobado los estudios correspondientes al nivel
de Educación Media Académica, de acuerdo al Proyecto Educativo
Institucional- P.E.I. del Colegio.

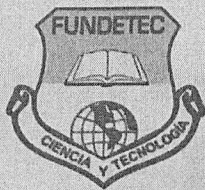


Freddy Alberto García Hernández
Rector



Sonia Luz Sierra Contreras
Secretaria General

Anotado en el control interno del libro No. 02 Folio No. 141
Dado en Bucaramanga a los 04 días del mes de DICIEMBRE del año 2016



FUNDETEC

BACHILLERATO SEMESTRALIZADO

Resolución 1535/06 de la Secretaría de Educación de Bucaramanga
NIT. 900.168.806-6 - DANE 368001007910 - CÓDIGO ICFES No. 147900

IDENTIFICACIÓN DEL PLANTEL

Nombre: INSTITUTO FUNDETEC FUNDACIÓN EDUCATIVA Y TÉCNICA
HACIA EL PROGRESO INDUSTRIAL

Dirección: Calle 14 No 34-80

Teléfonos: 6320314 - 3163033803

INSCRIPCIÓN SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE BUCARAMANGA: 1535 de Octubre del 2006.

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

En la Ciudad de Bucaramanga a los 04 días del mes de Diciembre del año 2016 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado de media vocacional. Los suscritos RECTOR Y SECRETARIA, en la sala de ceremonia del Instituto FUNDETEC. Institución aprobada por Resolución No 1535 del 31 de Octubre del 2006 se procede a otorgar el Título de Bachiller. Al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relaciona a continuación:

Duvan Sneider Gómez Aguirre

Identificado (a) con C.C: N° 1.095.838.344 de Floridablanca

Es fiel copia tomada del Acta original No 141 de fecha 04 de Diciembre de 2016 que consta de 160 alumnos que comienzan con el nombre de **ADRIANA CAROLINA QUINTERO RAMBAUTH** y se cierra con el nombre de **YURY TATIANA SUAREZ RUEDA**.

Firmado y sellado por **FREDDY ALBERTO GARCÍA HERNÁNDEZ** (Rector) y **SONIA LUZ SIERRA CONTRERAS** (Secretaria General)

Dada en Bucaramanga a los 04 días del mes de Diciembre de 2016.

FREDDY ALBERTO GARCÍA HERNÁNDEZ
RECTOR
C.C 91.487.893 de Bucaramanga



SONIA LUZ SIERRA CONTRERAS
SECRETARIA GENERAL
C.C 63.543.243 de Bucaramanga

OFICINA ADMINISTRATIVA CALLE 42 No. 19 - 103 BARRIO EL CENTRO
SEDE EDUCATIVA CALLE 14 No. 34 - 80 BARRIO LOS PINOS (Colegio Santa Teresita)
PBX. 6320314 - 6174822 CEL: 316 303 3803 BUCARAMANGA

fundetecvirtual@gmail.com



SOLAB SAS

Nit. 900724151 - 6

Dirección: CR 3 A 24 113

Tel: (5) 4235858 - 4361949

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Post incapacidad ☐ Caso ocupacional ☐
Control ☐ Reubicación ☐ Ingreso al SVE ☐ Trabajo en alturas ☐

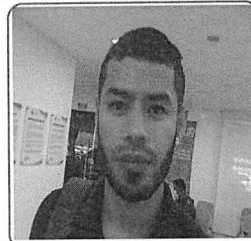
DATOS DEL PACIENTE

Fecha **26/02/2024 10:30:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **DUVAN SNEIDER GOMEZ AGUIRRE**

Cargo **CONTRATISTA**

Doc. Identidad **CC 1095838344**



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN FISICO OSTEOMUSCULAR	2	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Sin restricciones para el cargo	☒	☐	Sin restricciones para continuar desempeñando el cargo	☐	☐
Con restricciones para el cargo	☐	☐	Con restricciones para continuar desempeñando el cargo	☐	☐
Requiere recomendaciones específicas para el cargo	☐	☐	Requiere recomendaciones específicas	☐	☐
Aplazado	☐	☐	Requiere reubicación laboral	☐	☐
Apto para trabajar en alturas	☐	☐	Apto para trabajar en alturas	☐	☐
Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐	Apto para manipulación de alimentos	☐	☐
Apto para manipulación de alimentos	☐	☐	Apto para conducir	☐	☐
Apto para conducir	☐	☐	EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
			Enfermedad laboral	☐	☐
			Secuelas de Accidentes de Trabajo	☐	☐
			Enfermedad Común	☐	☐

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

REMISIÓN SI ☐ NO ☒ **ARL** SI ☐ NO ☐ **EPS** SI ☐ NO ☒

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, HÁBITOS SALUDABLES, USO DEL EPP PARA LA LABOR

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

NOTA: SE REALIZÓ ENCUESTA PARA COVID 19. DEBE CUMPLIR CON EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DISEÑADO POR LA EMPRESA PARA EVITAR EL CONTAGIO DE COVID 19

DRA. ANA MARIA TORRADO DIAZ
RM. 11111
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD
OCUPACIONAL
LIC. OCUPACIONAL 080

Trabajador: DUVAN SNEIDER GOMEZ AGUIRRE
CC: 1095838344

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Dirección: CR 3 A 24 113 Teléfono: (5) 4235858 - 4361949
Email: gerencia@solab.com.co



Captura Biometrica



SOLAB

SALUD OCUPACIONAL - ASOCIADO AL RIESGO - MEDICINA GENERAL

SOLAB SAS

Nit. 900724151 - 6

Dirección: CR 3 A 24 113

Tel: (5) 4235858 - 4361949

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

RESTRICCIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejen constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de los exámenes necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico ocupacional y/o complementarios, a partir de la información recibida. Certifico que la información que he suministrado, es verdadera, completa y no he omitido información sobre mi estado de salud, acepto el manejo de confidencialidad que SOLAB S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los sistemas de vigilancia epidemiológica de la empresa y la realización de estudios de investigación con fines científicos (Ley 1581 de 2012), suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo - SG-SST.

NOTA ACLARATORIA

*Este certificado no es válido para trámites de licencia de conducción

DRA. ANA MARIA TORRADO DIAZ
RM. 11111
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD
OCUPACIONAL
LIC. OCUPACIONAL 080

Trabajador: DUVAN SNEIDER GOMEZ AGUIRRE
CC: 1095838344

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Dirección: CR 3 A 24 113 Teléfono: (5) 4235858 - 4361949
Email: gerencia@solab.com.co



Captura Biometrica

**EL SUBGERENTE CORPORATIVO DE LA EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DEL DISTRITO DE
SANTA MARTA- ESSMAR E.S.P. NIT 800181106-1**

CERTIFICA QUE

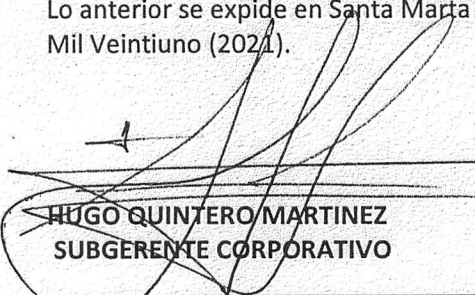
DUVAN SNEIDER GOMEZ AGUIRRE, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía Número 1095838344 de FLORIDABLANCA, se encuentra vinculado(a) en la empresa mediante el **CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO FIJO INFERIOR A UN AÑO** desde el 18 de mayo de 2021, en el cargo **OPERARIO - (Lectura y Reparto)** adscrito(a) a la **SUBGERENCIA GESTIÓN COMERCIAL Y SERVICIO AL CIUDADANO**.

FUNCIONES:

1. Apoyar el diligenciamiento de lecturas en proceso de recuperación en el software comercial.
2. Ingresar las observaciones de visitas extraordinarias de facturación en el software comercial.
3. Apoyar el ingreso de la información de medidores por plan masivo de reposición.
4. Almacenar, organizar y archivar las actas de generación comercial.
5. Desempeñar las demás funciones asignadas por su jefe inmediato, relacionadas con la naturaleza del cargo.

Salario: UN MILLÓN CIENTO CINCUENTA MIL NOVECIENTOS TREINTA Y DOS PESOS (\$1150932).

Lo anterior se expide en Santa Marta a solicitud del interesado a los veintiocho (28) de julio del Dos Mil Veintiuno (2021).


HUGO QUINTERO MARTINEZ
SUBGERENTE CORPORATIVO

Proyectó:	YULITZA TORRES GALVIS	Profesional Universitario	<i>Yulitza Torres G.</i>
Los arriba firmantes declaran que han revisado el presente documento y lo encuentran ajustado a las normas y disposiciones legales y/o técnicas vigentes, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad se presenta para la firma.			

**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 1095838344 **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 12/02/2024 05:17 PM



Código Verificación: **6Q5KAV7HFN**

Válida hasta: **12/05/2024**

Dirección de Gobierno Digital

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**



BMANGA, Mayo 6 de 2024

Señor:
GOMEZ AGUIRRE DUVAN SNEIDER
CC. 1095838344
CL 197 A 29 57 - 7513
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Abril 16 de 2021. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
GOMEZ AGUIRRE DUVAN SNEIDER	1095838344	C	Abr-16-2021	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
DUVAN SNEIDER GOMEZ AGUIRRE	1095838344	Trabajador Independiente	CERRADO
DUVAN SNEIDER GOMEZ AGUIRRE	1095838344	Trabajador Independiente	VIGENTE
EMPRESAS DE SERVICIOS PUBLICOS DEL DISTRITO DE SANT	1095838344	Dependiente	CERRADO
STAGE EVENTOS Y PRODUCCIONES EU	1095838344	Dependiente	CERRADO
TEMPORAL WORKING GROUP SAS	1095838344	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

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

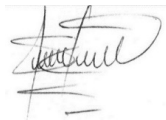
NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DUVAN SNEIDER GOMEZ AGUIRRE** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1095838344**, se encuentra afiliado/a desde **13/04/2021** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

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



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FNC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
_____	_____	_____

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos DUVAN SNEIDER GOMEZ AGIRRE										Sexo M ☐ X ☒ F ☐		
Tipo de Documento				Número 1.095.838.344				Expedida en FLORIDABLANCA		Fecha de Expedición 21-Jul-16		
C.C.	☒	C.E.	☐	T.J.	☐	R.C.	☐	PP	☐			
Estado Civil (Selecione)				Nivel educativo				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda		
Soltero ☒	Casado ☐	Divorciado ☐	U. libre ☐	Viudo ☐	Primaria ☐	Bachiller ☒	Técnico ☐	Universidad ☐	Propia ☐	Arrendada ☒	Familiar ☐	
Fecha nacimiento 26				Lugar de Nacimiento 6		Dirección Domicilio 1998				Municipio / Ciudad BARRANCABERMEIA		
Calle				Calle				No. Celular		Telefono		
Correo Electrónico CALLE 197A # 29-57				Correo Electrónico sneydargomez36@gmail.com				No. Celular 300 6330602		Telefono		
Ocupación (Selecione)										Actividad Principal CIU		
Estudiante ☐	Independiente ☐	Empleado ☒	Hogar ☐	Jubilado ☐								
Detalle Actividad Económica EMPLEADO										Descripción del CIU		

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 ESSMAR ESP	Tipo de Empresa o Negocio Publica ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual? ☐	Cargo OPERAIO DE LECTURA Y REPARTO
Dirección de empresa o negocio CALLE 70 #12-418 BODEGAS GAIRA	Ciudad SANTAMARTA	Barrio GAIRA
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?		SI ☐ NO ☒

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

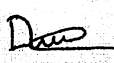
Total Ingresos Mensuales \$ 600.000	Total Egresos mensuales \$300.000
Otros Ingresos Mensuales \$ 0	Otros Egresos Mensuales
Total Activos \$800.000	Total Pasivos \$300.000
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes FEB Año 2024	Es declarante? SI ☐ NO ☒
Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/u ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público? NO	
Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP? NO	
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: NO	

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúan 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 mercado, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de hebeas 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 consignarán 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 Hebeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche S.A. me ha

	
8. 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	