

FECHA DE NACIMIENTO 01-ABR-2003
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
08-ABR-2021 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
ÍNDICE DERECHO
P-2100150-01227794-F-1004365444-20210413 0074102609A 1 8501850092
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.004.365.444
MANJARRES QUINTERO
APELLIDOS
ANDREA CAROLINA
NOMBRES
FIRMA

Powered by CamScanner

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

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Andrea Carolina manjarres Quintero, Identificado con Cédula No. 1004365444 y Profesión Auxiliar administrativo **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: Andrea Manjarres

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

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1004365444**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1004365444	MANJARRES	QUINTERO	ANDREA	CAROLINA	2023-06-29, 8:03 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a)ANDREA CAROLINA MANJARRES QUINTERO identificado con C.C./C.E./P.P No.1.004.365.444 expedida en SANTA MARTA , autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

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

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 07 del mes de septiembre de 2023.

Firma Andrea Manjarres
Nombre ANDREA CAROLINA MANJARRES QUINTERO
Cédula 1.004.365.444

Santa Marta D.T.C.H, Abril de 2024

Doctor(a)
GERENTE
E.S. E Hospital universitario julio Méndez Barreneche

Cordial saludo:

Yo **ANDREA CAROLINA MANJARRES QUINTERO** identificado con cedula de ciudadanía N.**1004365444** de santa marta, mediante el presenté me permito dejar en consideración lo siguiente:

Prestar mis servicios como profesional de apoyo administrativo, con responsabilidad y eficiencia, respondiendo por las metas y objetivos encomendados por mi jefe a cargo dando apoyo administrativo donde lo requiera el ente.

Agradeciendo su amable colaboración

Cordialmente.

Andrea manjarres

ANDREA CAROLINA MANJARRES QUINTERO

CC. 1004365444

Caroly0110@gmail.com
Dirección: cll75#4b1-84 gaira
Teléfono: 3044363016

Volver | Últimas modificaciones | Todos | Seleccione

Buscar contrato

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de la oferta	Estado	
4749239	CD20242171	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Entidad Estatal	16 días de tiempo transcurrido *(2/03/2024 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	12 días para terminar *(31/03/2024 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	ANDREACAROLINA MANJARRES QUINTERO	2.100.000 COP	En ejecución	Detalle
4653511	CD20241778	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Entidad Estatal	28 días de tiempo transcurrido *(19/02/2024 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	19 días de tiempo transcurrido *(29/02/2024 11:59:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	ANDREACAROLINA MANJARRES QUINTERO	2.100.000 COP	En ejecución	Detalle
4455807	CD20240728	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Entidad Estatal	15/01/2024 11:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	31/01/2024 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	ANDREACAROLINA MANJARRES QUINTERO	1.900.000 COP	En ejecución	Detalle
4229758	CD20233976	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Entidad Estatal	13/10/2023 11:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	31/12/2023 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	ANDREACAROLINA MANJARRES QUINTERO	5.700.000 COP	En ejecución	Detalle
4042097	CD20232856	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Entidad Estatal	7/07/2023 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	30/09/2023 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	ANDREACAROLINA MANJARRES QUINTERO	5.700.000 COP	En ejecución	Detalle

OPCIONES

VER

- Últimas modificaciones
- Todos
- Esperando aprobación
- Firmado
- Firmado y enviado a la Entidad Estatal
- Suspendidos
- Cancelados
- Cerrados
- Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contr...
9 Incumplimientos

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Resumen

ID del contrato en SECOP	CO1.SLCNTR.11012450
Número del contrato	CD20232856
Versión del contrato	1
Objeto del contrato	PRESTAR LOS SERVICIOS TECNICO ADMINISTRATIVO EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
Tipo de contrato	Prestación de servicios
Fecha de inicio del contrato	7/07/2023 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Fecha de terminación del contrato	19 días para terminar *(30/09/2023 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Duración del contrato	3 Meses
Tiempo adiciones en días	0 días
Proveedor(es) seleccionado(s)	(●) Sí ( ) No
Estado del contrato	En ejecución
Liquidación	( ) Sí (●) No
Obligaciones Ambientales	( ) Sí (●) No
Obligaciones Pos Consumo	( ) Sí (●) No
Reversión	( ) Sí (●) No

Entidad Estatal

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

COLOMBIA, Santa Marta

0 Recomendación (es)

Proveedor Seleccionado

ANDREA CAROLINA MANJARRES QUINTERO

COLOMBIA, Santa Marta

0 Recomendación (es)

Cuenta bancaria del proveedor

Proveedor	Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta
ANDREA CAROLINA MANJARRES QUINTERO			

Aprobación del contrato

Aprobador – Proveedor

Aprobado por: Andrea Carolina Manjarres Quintero — *Fecha de aprobación:* 6/07/2023 8:01:58 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Aprobador – Entidad Estatal

Aprobado por: GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA — *Fecha de aprobación:* 6/07/2023 10:19:28 PM ((UTC-05:00)

Bogotá, Lima, Quito)

Contrato firmado: CO1_PCCNTR_5193913_Firmado

Contrato en ejecución: CO1_PCCNTR_5193913_En ejecución

Información del objeto

Tipo de proceso	Contratación régimen especial
Unidad de contratación	Grupo de contratación SECOP II
Proceso de Contratación	PRESTACION DE SERVICIO
Título de la oferta	N/A
Cuantía del contrato	5.700.000,00 COP

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14923301666

(415)7707212489984(8020) 000001492330166 6

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

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
MANJARRES	QUINTERO	ANDREA	CAROLINA

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 75 # 4 B - 84 BRR Gaira

42. Correo electrónico: caroly0110@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 4 4 3 6 3 0 1 6	

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
0 0 1 0	2 0 2 3 0 6 2 6							

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	5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha 2023 - 06 - 29 / 12 : 25: 32

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

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

984. Nombre MANJARRES QUINTERO ANDREA CAROLINA
985. Cargo Contribuyente

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*
Manjarres	Quintero	Andrea Carolina

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1004365444 — *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 01 MES 04 AÑO 2003

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 75 4 84 CALLE754B-1-84

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO EMAIL Caroly0110@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° X	MES	12	AÑO	2019

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
		Día	04	*Mes*	07	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO		*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION - FACTURACION C						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 CARRERA 14#23-42				

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	2

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

La República de Colombia
y en su nombre

I.E.D. Quinto Centenario

Unión Temporal Compañía de Jesús Fe y Alegría

Santa Marta - Magdalena

Institución Aprobada por la Secretaría de Educación Distrital mediante Resolución 1416 del 24 de Noviembre de 2010, de Educación Preescolar, Básica Primaria, Básica Secundaria y Media, actualiza mediante Resolución 0100 del 04 de Febrero de 2016, autorizando el Énfasis en Informática Aplicada a la Administración y Finanzas en articulación con el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, modificada por Resolución 0956 del 26 de Junio de 2018, autorizando para otorgar el título de Bachiller Técnico.

Confiere a:

MANJARRES QUINTERO ANDREA CAROLINA

Identificado (a) con T.I. 1004365444 de Santa Marta

El Título de:

Bachiller Técnico

En Informática Aplicada a la Administración y Finanzas

Quien cumplió con todos los requisitos Académicos correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, según los Planes de Estudio y Programas Vigentes.

Patricia Esther Núñez Puerta
Rectora

Eldis Elaine Contreras Peláez
Secretaria Académica

Libro de Registro de Diplomas N° 02. Folio N° 19.
Acta de Grado Nº 07. Diploma Nº. 337

Dado en Santa Marta - Magdalena a los 12 días de Diciembre de 2019.

UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA

Secretaría General

NIT. 860.351.894-3

El suscrito Secretario General de la **UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA** SECCIONAL SANTA MARTA Institución de Educación Superior con personería jurídica reconocida mediante Resolución No. 16377 de 29 de Octubre de 1984 y Resolución No. 3472 del 8 de Agosto de 1996 expedidas por el Ministerio de Educación Nacional, y con autorización para el funcionamiento de la seccional en la ciudad de Santa Marta según Resolución No. 946 del 2 de mayo de 2002, actos administrativos expedidos por el Ministerio de Educación Nacional".

C E R T I F I C A

Que el (la) estudiante **ANDREA CAROLINA MANJARRES QUINTERO,** identificado (a) con documento de identidad No 1004365444, se encuentra matriculado (a) y cursando Sexto (06) semestre en esta Universidad, en la ESCUELA MAYOR DE DERECHO, programa académico DERECHO, durante el período académico comprendido desde Segundo semestre de 2022.

Que el horario de clases de la Escuela está establecido en la modalidad Diurna, con una intensidad horaria de treinta (30) horas semanales.

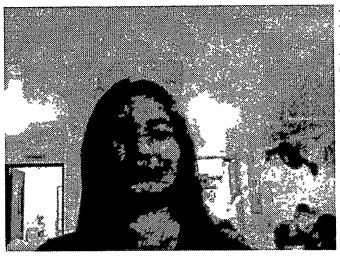
Se expide la presente a solicitud del interesado, en Santa Marta., a los seis (06) días del mes de Septiembre de 2022.

CAMILO NOGUERA ABELLO
Secretario General

Elaboró: AFORERO

Certificado de Aptitud Laboral Ingreso

Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 30/Jun/2023, **Hora:** 07:48:42 a.m.
Apellido: Manjarres Quintero **Nombre:** Andrea Carolina
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1004365444
Empresa: Particular
Cargo: Tecnico Profesional
Direccion: Calle 65 No 4b-1-84 Gaira
Telefono: **Celular:** 3044363016 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 63 Kg **Estatura:** 152 Cm **IMC:** 27.2 **Escolaridad:** Tecnico Profesional **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Sin Definir **ARL:** Sin Definir **AFP:** Sin Definir

HC: # 79824
Edad: 20 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 01/Abr/2003
Rh: O+

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular
Induccion Al Sitio De Trabajo
Pausas Activas
Estilo De Vida Saludable
Uso De Tapabocas Permanente
Cumplir Con Las Normal De Bioseguridad

.

Observaciones

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

Andrea Carolina Manjarres Quintero
CC 1004365444

OMAR ALBERTO CABAS GRACIA

Abogado Titulado

Corporación Universitaria de la Costa

CERTIFICACION

OMAR ALBERTO CABAS GRACIA, mayor de edad, identificado con a cedula de ciudadanía No 12.556.979 expedida en Santa Marta, abogado inscrito en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No 47.785 del Consejo Superior de la Judicatura, a través del presente escrito hago constar que la señorita **ANDREA CAROLINA MANJARRES QUINTERO**, identificada con la cedula de ciudadanía No 1.004.365.444 expedida en Santa Marta, Presto sus servicios en mi oficina de Abogado, ubicada en la Calle 21 A No 17 a 77 Of, 201 de esta ciudad, ejerciendo funciones de Asistente de Oficina. (Recepción y organización de Correspondencia recibida, Revisión de documentos recibidos por correos electrónicos, atención al público, programación de agenda etc.), en el periodo comprendido entre el 1° de Junio de 2022 al 31 de mayo de 2023.

Se expide la presente, a los veintiséis (26) días del mes de Junio de 2023.

OMAR ALBERTO CABAS GRACIA
C.C. N° 12.556979 de Santa Marta.
T.P. N° 47.785 del C.S. de la J.

Calle 21 A No 17 a 77 Tel 3004396742 Santa Marta – Colombia
E-mail: omar_ca1961@hotmail.com

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 1004365444 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 13/03/2024 05:00 PM

Código Verificación: **VBM7ANYJPL**

Válida hasta: **11/06/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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, **ANDREA CAROLINA MANJARRES QUINTERO** identificado con **CC** No. **1004365444**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE - NI. 891780185	**Fecha de inicio de cobertura:** 01/11/2023 **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): 202401013296585.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 13 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

Función Pública

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

Tipo de declaración: INGRESO

Fecha de publicación: 2023-06-29 23:48

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANDREA	CAROLINA	MANJARRES	QUINTERO

Documento de identificación

Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA

Número: 1004365444

Lugar de nacimiento

País: COLOMBIA

Departamento: MAGDALENA

Municipio: SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País: COLOMBIA

Departamento: MAGDALENA

Municipio: SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País: COLOMBIA

Departamento: MAGDALENA

Municipio: SANTA MARTA

Dirección: ["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]

Cargo o función que cumple: CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

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

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ANDREA CAROLINA MANJARRES QUINTERO identificado(a) con CC 1004365444 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**15/12/2023**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UT BIENESTAR IPS CLINICA AVIDANTI SANTA MARTA I NIVEL**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 19 días del mes de marzo del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANDREA CAROLINA MANJARRES QUINTERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.004.365.444**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

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: Andrea Carolina Manjarres Quintero																Sexo			
																M		F	x
Tipo de Documento									Número				Expedida en			Fecha de Expedición			
C.C.	x	C.E		T.I		R.C		PP	1004365444				Santa Marta			08/04/2021			
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo					No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda				Zona Ubicación			
Soltero	Casado	Divorciado		U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad			Propia	Arrendada	Familia		Rural	Urbano		
x									x			x					x		
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio						Municipio / Ciudad				Departamento			
1	4	2003	Santa Marta			Calle 75 # 4 B1-84						Santa Marta				Magdalena			
Correo Electrónico												No. Celular				Telefono			
Caroly0110@gmail.com												3044363016							
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU							
Estudiante	x	Independiente		Empleado		Hogar		Jubilado											
Detalle Actividad Económica												Descripción del CIIU							

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento					Número
	C.C.			P.P		

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo		
Ofi	Publica		Privada	x	Mixta		Otra, cual?	Asistente de oficina		
Dirección de empresa o negocio				Ciudad		Barrio		No. Teléfono		
Calle 21 A No 17 A 77				Santa Marta		Alcazares		3004396742		
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						SI		NO	x	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

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

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):

Andrea Manjarres

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento