REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.082.959.657

MORA ORTIZ

APELLIDOS

STHEFANY ANDREA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-NOV-1992

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

10-DIC-2010 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2100100-00291954-F-1082959657-20110413 0026675528A 1 26675256

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1082959657**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1082959657	MORA	ORTIZ	STHEFANY	ANDREA	2022-02-23, 8:21 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	**CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASES DE DATOS**	CODIGO: VERSION: FECHA DE ULTIMA REVISION: PAGINA 1 de 1

El (la) suscrito(a) **STHEFANY ANDREA MORA ORTIZ** identificado con C.C./C.E./P.P No. **1.082.959.657** 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 **18** del mes de **MARZO** de 2024.

Firma _____

Nombre **STHEFANY ANDREA MORA ORTIZ**

Cédula **1.082.959.657**

COPIA CONTROLADA

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 t
4253346	CD20234023	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Entidad Estatal	12/10/2023 11:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	24 días para terminar *(31/12/2023 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	sthefany andrea mora ortiz	
4113525	CD20233318	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Entidad Estatal	14/08/2023 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	30/09/2023 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	sthefany andrea mora ortiz	
4042086	CD20232846	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Entidad Estatal	6/07/2023 11:30:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	31/07/2023 12:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	sthefany andrea mora ortiz	
3641335	CD20231834	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Entidad Estatal	7/03/2023 5:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	30/06/2023 11:59:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	sthefany andrea mora ortiz	
3394007	CD20231058	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Entidad Estatal	26/01/2023 12:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	28/02/2023 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	sthefany andrea mora ortiz	

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 Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Resumen

ID del contrato en SECOP	CO1.SLCNTR.11475371
Número del contrato	CD20234023
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	12/10/2023 11:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Fecha de terminación del contrato	24 días para terminar *(31/12/2023 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

sthefany andrea mora ortiz

COLOMBIA, Santa Marta

0 Recomendación (es)

Cuenta bancaria del proveedor

Proveedor	Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta
sthefany andrea mora ortiz			

Aprobación del contrato

Aprobador – Proveedor

Aprobado por: *sthefany andrea mora ortiz* ***Fecha de aprobación:*** *12/10/2023 2:55:45 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Aprobador – Entidad Estatal

Aprobado por: *GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA* ***Fecha de aprobación:*** *12/10/2023 4:55:25 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Contrato firmado: CO1_PCCNTR_5441788_Firmado

Contrato en ejecución: CO1_PCCNTR_5441788_En ejecución

Información del objeto

Santa Marta, Marzo 2024

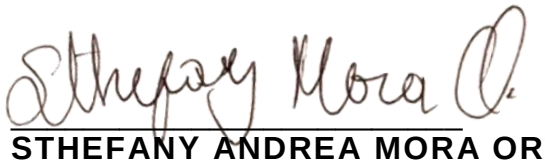
Doctor
GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA
Gerente Encargado
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Ciudad

Cordial Saludo:

Yo, **STHEFANY ANDREA MORA ORTIZ**, identificada con Cédula de Ciudadanía No.**1.082.959.657** de Santa Marta, ofrezco mis servicios como Técnico Administrativo en el Área de Subgerencia Administrativa y Financiera de esta importante institución de Salud.

Espero contar con todas las condiciones necesarias para el perfil propuesto.

Cordialmente,



STHEFANY ANDREA MORA ORTIZ
C.C 1.082.959.657
CORREO: ami_1511@hotmail.com
CEL: 3126269763
DIRECCION: CALLE 18#14A-05 CUNDI

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14996835977

(415)7707212489984(8020) 000001499683597 7

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 2 9 5 9 6 5 7	2 0 1 0 1 2 1 0

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
MORA	ORTIZ	STHEFANY	ANDREA

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 18 14 A 05

42. Correo electrónico: ami_1511@hotmail.com

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

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
4 7 6 1	2 0 2 0 0 6 1 0					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☐ 60. No. de Folios: ☐ 61. Fecha ☐

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

985. Cargo

BORRADOR DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
Mora	Ortiz	Sthefany Andrea

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1082959657 — *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 15 MES 11 AÑO 1992

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 18 13 22 CALLE18·#

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO EMAIL ami_1511@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO*	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11° (X)	MES	11	AÑO	2010

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	12	*Mes*	10	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* FACTURACION AREA DE LA SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 23 ESTE 14B 1 calle23 kr 24						

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	01	*Mes*	10	*Año*	2021	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO - FACTURACION	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION - FACTURACION C					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 234 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	2	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	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 Santa Marta 07/12/2023

Shyary Morelo

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

CEDELCA

CORPORACIÓN EDUCATIVA DEL CARIBE

Personería jurídica no. 257 del 29 de abril de 1994,resolucion 0865 del 10 de Junio del 2011 por medio de la Secretaria de Educación de Santa Marta, acuerdo 0028 del 21 de enero del 2.011 por el Ministerio de la Protección Social.

Hace constar que:

STHEFANY ANDREA MORA ORTIZ

Identificado (a) con C.C. 1.082.959.657 DE SANTA MARTA MAGDALENA

Participó activamente en el Diplomado – Taller de:

Manejo de residuos hospitalarios interactuando con procedimientos de enfermería en U.C.I.

Realizando actividades Praeticas – Expositivas

Dado en Santa Marta D.T.C.H a los 16 y 17 días del mes de Octubre del 2011.

Elezer Torres Jaraba
Director

Alexandra Pineda Cera
Secretaria General

La República de Colombia
y en su nombre, la

Institución Educativa Distrital "Francisco de Paula Santander"

Resolución 884 del 28 de Noviembre de 2002
Secretaría de Educación Distrital

Confiere a:

Sthefany Andrea Mora Ortiz

Documento de identidad No. 92111505316 de Santa Marta

El Título de:

Bachiller Académico

Con Énfasis en Tecnología e Informática

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Técnica, según programa de estudio, Ley 115 de 1994, Decretos 1290 de 2009 y el Proyecto Educativo Institucional

I.E.D. FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
Santa Marta D.T.C.H.

JUAN CARLOS VEGA POSADA
C.C. 72.181.549 BARRANQUILLA
Rector

JUANA AVENDAÑO JIMÉNEZ
C.C. 36.562.219 SANTA MARTA
Secretaria

Libro 005 Folio 058 Acta 066

Dado en Santa Marta, a los 9 días del mes de Diciembre del año 2010

Este Diploma no requiere registro, Decreto No.921 del 06 de Mayo de 1994, expedido en el M.E.N.

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE

LA SECRETARIA DE EDUCACION DISTRITAL DE SANTA MARTA

CORPORACION EDUCATIVA DEL CARIBE

CEDELCA

Con licencia de funcionamiento según resolución No. 0861 del 09 de Junio 2011 con registro de programa según resolución No.0865 del 10 de junio 2011 , emanada de la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo No.0028 del 21 de enero 2011 por la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

ACTA No. 03

En la ciudad de Santa Marta DTCH a los 12 días del mes de Diciembre de 2012, se Reunieron con el fin de Formalizar la Certificación de los Alumnos que Finalizaron. Director **ELEZER TORRES JARABA** y la Secretaria General **ALEXANDRA PINEDA CERA** de la Corporación Educativa del Caribe CEDELCA Institución Amparada en el decreto 4904 de 2009 Con licencia de funcionamiento según resolución No. 0861 del 09 de Junio 2011 y registro de programa según resolución No.0865 del 10 de junio 2011 , emanada de la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo No.0028 del 21 de enero 2011 por la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud , Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes le confiere la presente certificación de aptitud ocupacional por competencias como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS**, a los alumnos cuyos nombres y apellidos y número de identificación se relacionan a continuación.

STHEFANY ANDREA MORA ORTIZ

C.C. N° 1.082.959.657 EXP. SANTA MARTA - MAGDALENA

Es fiel copia tomada del acta original No 03 de fecha 12 de Diciembre de 2012
Firmado y sellado por **ELEZER TORRES JARABA** (Director), **ALEXANDRA PINEDA CERA** (Secretaria General)

Dado en Santa Marta DTCH, a los 12 días del mes de Diciembre de 2012.

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el decreto 4904 de 2009.

El Director

Secretaria General

Alexandra Pineda Cera

Folio No 03 Registro 0865 Acta 03

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE LA

SECRETARIA DE EDUCACIÓN DISTRITAL DE SANTA MARTA Y LA

CORPORACION EDUCATIVA DEL CARIBE

CEDELCA

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con licencia de funcionamiento según resolución No. 0861 del 09 de Junio 2011 con registro de programa según resolución No.0865 del 10 de junio2011 , emanada de la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo No.0028 del 21 de enero 2011 por la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

CONFIERE EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO TÉCNICO LABORAL EN:

AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS

STHEFANY ANDREA MORA ORTIZ

C.C. N° 1.082.959.657 Exp. Santa Marta - Magdalena

Por haber cursado y aprobado el programa de Auxiliar en Servicios Farmacéuticos, con una intensidad total de 1660 horas.

Dado en Santa Marta a los 12 días del mes de Diciembre de 2012

DIRECTOR

Alexandra Pinedo Cera
SECRETARIA GENERAL

Anotado en el folio No. 03 Registro 0865 Acta 03

CEDELCA

CORPORACION EDUCATIVA DEL CARIBE

Personería Jurídica No. 257 de 1994 Res. No. 0865 de 2011 de la S.E.
Acuerdos 028 de 2011 del Ministerio de la Protección Social

Hace Constar que:

STEFANNY MORA ORTIZ

Identificado con D.I. No C.C. 1.082.959.657 de Santa Marta

Participó activamente en el Diplomado - Taller de:

Promoción y Prevención en Enfermedades Infectocontagiosas

Realizando actividades Prácticas - Expositivas

Dado en Valledupar, a los 21 días del mes de Abril de 2012

Elezer Torres Jaraba
Director

Elias Hani Jimeno
Conferencista

Yazmin Argote Lenis
Yazmin Argote Lenis
Conferencista

REPÚBLICA DE COLOMBIA

PROMOTORIA SOCIAL EDUCATIVA

FORMACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO

Licencias 0835 de Abril 30 del 2003, 1265 de Septiembre 9 del 2009 Y 1553 DE Noviembre 22 de 2012.

REGISTRO CAMARA DE COMERCIO Nº76863

NIT 12555040-0

CERTIFICA QUE

STHEFANY ANDREA MORA ORTIZ

DOCUMENTO DE IDENTIDAD Nº 1.082.959.657 DE SANTA MARTA.

ASISTIÒ AL CURSO RÁPIDO PRÁCTICO INFORMAL DE:

AUXILIAR DE ARCHIVOS

Profundizando conocimientos y habilidades técnicas y prácticas acorde a lo establecido por el ministerio de educación nacional en el decreto único reglamentario del sector educación 1075 del 26 de mayo del 2015 parte 6 titulo 6 articulo 2.6.6.8

Horas de formación 158

Dado en Santa Marta a los 10 días del mes de septiembre del 2021.

ISMAEL GARCIA LOPEZ
Representante Legal

PROMOTORIA SOCIAL EDUCATIVA DIRECTOR

CARMEN CASTBONDO
Secretaria

Anotado en el libro 1 folio 70 de certificados asistencias 2021 en cursos rápidos informales

CEDELCA

CORPORACIÓN EDUCATIVA DEL CARIBE

Personería jurídica no. 257 del 29 de abril de 1994,resolucion 0865 del 10 de Junio del 2011 por medio de la Secretaria de Educación de Santa Marta, acuerdo 0028 del 21 de enero del 2.011 por el Ministerio de la Protección Social.

Hace constar que:

STHEFANY ANDREA MORA ORTIZ

Identificado (a) con C.C. 1.082.959.657 DE SANTA MARTA MAGDALENA

Participó activamente en el Diplomado – Taller de:

Manejo de residuos hospitalarios interactuando con procedimientos de enfermería en U.C.I.

Realizando actividades Praeticas – Expositivas

Dado en Santa Marta D.T.C.H a los 16 y 17 días del mes de Octubre del 2011.

Elezer Torres Jaraba
Director

Alexandra Pineda Cera
Secretaria General

Laboratorio Clínico
Martinez
Dra. Patricia Martinez - Dra. Jassy Martinez

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso

Fecha de consulta: 01/10/2021

Información paciente



Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Empresa en misión:
Nombre completo: STHEFANY ANDREA MORA ORTIZ
Identificación: CC: 1082959657
Responsable: El mismo paciente
Acompañante: Ninguno
Cargo: FACTURADOR
Fecha nacimiento: 15/11/1992
Edad: 28
Genero: Femenino
Estado civil: Unión Libre
Escolaridad: Técnica
Teléfono:
Dirección: Magdalena, Santa marta,
Nº hijos: 3
ARL:
EPS: Cajacopi Eps
AFP:

Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

Recomendaciones especificas

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, DIETA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. VALORACION CON NUTRICION POR EPS

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

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

Aspirante o trabajador
STHEFANY ANDREA MORA ORTIZ
Identificación: CC: 1082959657

Stheffany Mora Ortiz

LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE"
NIT. 891780185-2

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora **STHEFANY ANDREA MORA ORTIZ,** identificado (a) con cedula de Ciudadanía No. **1.082.959.657,** expedida en Santa Marta (Magdalena), presta los servicios como **Técnico Administrativo en el Grupo de Trabajo de Facturación** en la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE". Desde el 01 de octubre de 2021, mediante la modalidad de contratos de prestación de servicios, con una consignación mensual de UN MILLON SETECIENTOS MIL PESOS ($1.700.000).

La presente Certificación se expide por solicitud del interesado, a los dieciséis (16) días del mes de enero de 2023.

KATHERINE MARIA AMAYA RESTREPO
Jefe de la Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.

ELABORÓ: RONALD A. GOMEZ CAMACHO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA.

VIGILADO Supersalud

EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE"
NIT. 891780185-2

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora, **STHEFANY ANDREA MORA ORTIZ,** identificado (a) con cedula de Ciudadanía No. **1.082.959.657,** expedida en Santa Marta (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE",** los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **3767** de fecha 01 de octubre de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 al 31 de octubre de 2021, por un valor de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS ($1.500.000).
2. No. **3951** de fecha 02 de noviembre de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de noviembre al 30 de noviembre de 2021, por un valor de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS ($1.500.000).
3. No. **4118** de fecha 01 de diciembre de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de diciembre al 31 de diciembre de 2021, por un valor de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS ($1.500.000).
4. No. **642** de fecha 01 de enero de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 28 de febrero 2022, por un valor de TRES MILLONES DE PESOS ($3.000.000).
5. No. **1051** de fecha 01 de marzo de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de marzo al 31 de marzo de 2022, por un valor de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS ($1.500.000).
6. No. **1284** de fecha 01 de abril de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 31 de mayo 2022, por un valor de TRES MILLONES DE PESOS ($3.000.000).
7. No. **2296** de fecha 01 de junio de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de junio al 31 de julio 2022, por un valor de TRES MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($3.400.000).
8. Mediante acta de suspensión a la orden de prestación de servicios **No. 2296** del 01 de junio de 2022, acuerdan **Suspender** temporalmente el plazo de la ejecución de la orden de prestación de servicio, a partir del 02 de junio de 2022.
9. Mediante acta de reinicio a la orden de prestación de servicios **No. 2296** del 01 de junio de 2022, acuerdan **Reiniciar** el plazo de ejecución de la orden de prestación de servicios, a partir del 16 de noviembre de 2022, hasta el tiempo faltante por ejecución según lo suscrito.

archivocontratacion@hujmb.gov.co
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
Santa Marta - Colombia

10. No. **CD20231058** de fecha 19 de enero de 2023 con un plazo de ejecución contado a partir del 26 de enero al 28 de febrero de 2023, por un valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($3.800.000).
11. No. **CD20231834** de fecha 04 de marzo de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 07 de marzo al 31 de mayo 2023, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).
12. **ADICION EN TIEMPO Y VALOR** de fecha 01 de junio de 2023, a la orden de prestación de servicio **No. CD20231834,** con un plazo de ejecución del 01 de junio al 30 de junio de 2023, por un valor de UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS ($1.900.000).
13. No. **CD20232846** de fecha 05 de julio de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 06 de julio al 31 de julio de 2023, por un valor de UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS ($1.900.000).
14. No. **CD20233318** de fecha 09 de agosto de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 14 de agosto al 30 de septiembre de 2023, por un valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($3.800.000).
15. No. **CD20234023** de fecha 06 de octubre de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 12 de octubre al 31 de diciembre de 2023, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS TECNICO ADMINISTRATIVO EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACIÓN DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los veinte (20) días del mes de noviembre de 2023.

JARID YESID THOMAS PADILLA.
Jefe Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.

ELABORÓ: RONALD A. GOMEZ CARRACINO.
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA.

archivocontratacion@hujmb.gov.co
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
Santa Marta - Colombia

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 1082959657 **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 18/03/2024 09:37 AM

Código Verificación: **Y7Z48GWVLA**

Válida hasta: **16/06/2024**

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	2023-02-08 16:24

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
STHEFANY	ANDREA	MORA	ORTIZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1082959657

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	$8.900.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$8.900.000,00

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

EPS | Cajacopi
Cuida de ti

CERTIFICADO DE AFILIACION DE CAJACOPI EPS SAS

Se certifica que MORA ORTIZ STHEFANY ANDREA identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANÍA número 1082959657 , se encuentra registrado(a), con la siguiente información:

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION:	CC-1082959657
NOMBRES Y APELLIDOS:	MORA ORTIZ STHEFANY ANDREA
TIPO DE AFILIADO:	COTIZANTE
ESTADO DE AFILIACIÓN:	ACTIVO
FECHA DE INGRESO A CAJACOPI EPS SAS:	10/08/2021
FECHA RETIRO CAJACOPI EPS SAS:	
DISCAPACIDAD:	NINGUNA
REGIMEN:	CONTRIBUTIVO
NIVEL:	1
MUNICIPIO / DEPARTAMENTO:	SANTA MARTA / MAGDALENA

SUBDIRECCION NACIONAL OPERACIONES
Fecha de generacion: 20/03/2024
Codigo de verificacion: AFCS202200000526869
Generado por: usuweb

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

Línea nacional: 018000111446
Correo: contacto@cajacopieps.com
www.cajacopieps.com

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MORA ORTIZ STHEFANY ANDREA** identificado(a) con **CC** número **1.082.959.657** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 14 de agosto de 2021 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 20 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

2023120708452

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

STHEFANY MORA ORTIZ														Sexo: M	F	X
Tipo de Documento: C.C. x / C.E / T.I / R.C / PP							Número: 1082959657				Expedida en: SANTA MARTA			Fecha de Expedición: 10/12/2010		
Estado Civil (Seleccione): Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Nivel educativo: Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda: Propia	Arrendada	Familia	Zona Ubicación: Rural	Urbano	
			x				x					x		x	
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento		Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento		
15	11	1992	santa marta		calle 18#13-22					magdalena			santa marta		
Correo Electrónico										No. Celular			Telefono		
aquil										3126269763					
Ocupación (Seleccione): Estudiante		Independiente		Empleado x	Hogar		Jubilado			Actividad Principal CIIU					
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	
HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	TECNICO ADMINISTRATIVO
Dirección de empresa o negocio					Ciudad		Barrio	No. Teléfono
CALLE 14 #23-42					SANTA MARTA		ALCAZARES	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?							SI	NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	$ 1, 700,000	Total Egresos mensules	$ 1,700,000
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:			

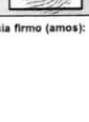
4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1 Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades ilicitas 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 ilicitas 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.

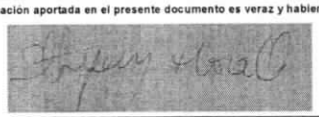
Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) 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 leido y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):



Nombre y Firma Oficial de cumplimiento