En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Luis Carlos Maldonado Robles, Identificado con Cédula No. 1064377379 y Profesión FACTURADOR **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: Luis Carlos M. Robles

	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://sijl.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 Título – **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/	✓	

APROBADA

Powered by CamScanner

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de Identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1004377379**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1004377379	MALDONADO	ROBLES	LUIS	CARLOS	2024-05-14, 2:46 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2024.

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.004.377.379

MALDONADO ROBLES

APELLIDOS

LUIS CARLOS

NOMBRES



Luis Carlos M. Robles

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-MAR-2000

CIENAGA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

05-JUN-2018 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2100100-01015133-M-1004377379-20180618 0061562483A 1 48770813

Powered by CamScanner

El (la) suscrito(a) Luis Carlos Maldonado Robles identificado con C.C./C.E./P.P No. 1004377379 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 20 del mes de ABRIL de 2024.

FIRMA Luis Carlos M. Robles
NOMBRE Luis Carlos M. Robles
CEDULA 1004377379

COPIA CONTROLADA

Powered by CamScanner

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste | UTC -5 17:03:22 | LUIS CARLOS MALDO...

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

Escritorio

Última Actualización

OPORTUNIDADES RECIENTES

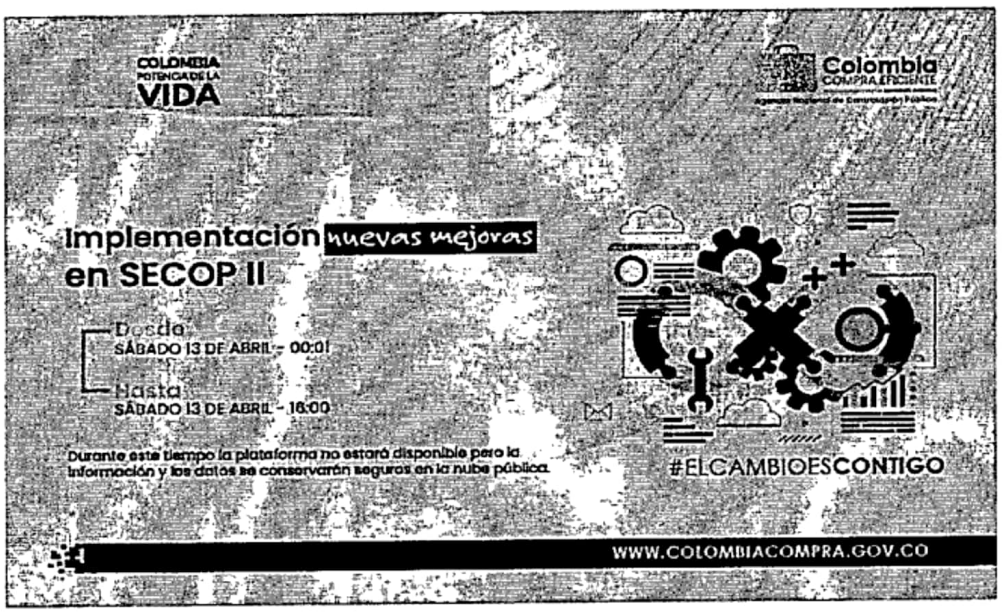
No se han encontrado

0	0	0	0
Suscripciones	En edición	Adjudicaciones pendientes	Invitaciones directas

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Sugerencias SECOP



El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

Mensaje Todos

Sin mensajes...
Más información .

Oportun Recibidas

Sin oportunidades
Más información .

Powered by CamScanner

Santa Marta mayo de 2024

Dra.
NORA ELVIRA ANILLO ROMERO
ESE HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE
Ciudad

ASUNTO: Oferta de servicios

Yo, LUIS CARLOS MALDONADO ROBLES, identificada con cédula de ciudadanía N°1.004.377.379 expedida en santa marta (Magdalena), presento mi propuesta y disposición como Facturador en servicios de Salud, para prestar los servicios de promover cuidados integrales básicos a los usuarios y desarrollar las actitudes bajo supervisión de la enfermera del servicio. Cumpliendo con las políticas institucionales y normas vigentes. Por lo anterior me comprometo a cumplir a cabalidad las obligaciones específicas derivadas de la oferta y/o aquellas contenidas en los estudios de convivencia y/o oportunidades de la contratación.

PLAZO: me sujeto al plazo del contrato que establezca la entidad, de acuerdo con la necesidad del servicio.

VALOR Y FORMA DE PAGO: los servicios ofrecidos serán por la suma mensual que estime la entidad, de acuerdo con su disponibilidad presupuestal.

PERFIL: Adjunto al presente, me permito hacer llegar copia de mi hoja de vida con sus respectivos soportes legales necesarios para la contratación.

De antemano agradezco su atención prestada.

Cordialmente,

Luis M. Robles

Luis Carlos M. Robles
CC. 1.004.377.379
Dir.: MZ D CASA 21 TEJARES DEL LIBERTADOR
Email: Luiscarlosrobles118@gmail.com Cel.: 301 577033

Powered by CamScanner

POLITÉCNICO DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución N°09734 de 2013 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil 53494202, NIT: 900547030-4

HACE CONSTAR QUE:

LUIS CARLOS MALDONADO ROBLES

Con Documento de Identidad No 1004377379

CURSÓ Y APROBÓ EL

DIPLOMADO EN FACTURACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

MEDELLIN - 07 DE AGOSTO DE 2021 AL 10 DE SEPTIEMBRE DE 2021

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

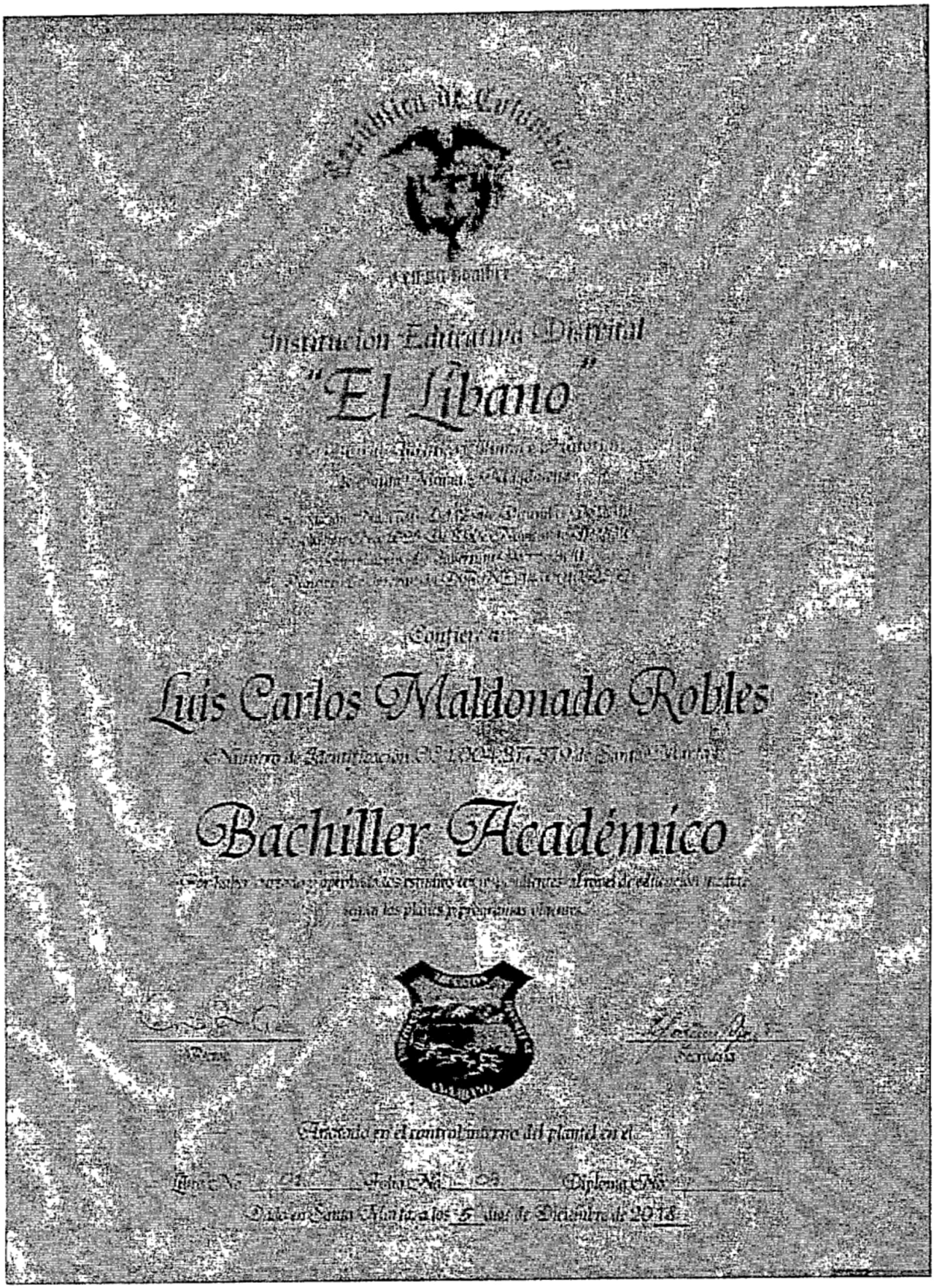
Registrado en el Libro de Actas No 0020210910

www.politecnicodecolombia.edu.co

FIRMA Y CÓDIGO DE SEGURIDAD 210910A-27118

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante la solicitud al correo asistentevirtual@politecnicodecolombia.edu.co, indicando el N° del libro de actas con el cual se registra el mismo

Powered by CamScanner



Instrucción Educativa Distrital

"El Líbano"

Confiere a:

Luis Carlos Maldonado Robles

Número de Identificación C.C. 1.004.87.370 de Santa Marta

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de educación media según los planes y programas oficiales

Rector

Secretario

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 01 Folio No. 105 Diploma No.

Dado en Santa Marta a los 5 días de Diciembre de 2018

Powered by CamScanner

Libertad y Orden

FORMATO COMPLETO
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
Maldonado	Robles	Luis Carlos

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. X C.E. ○ PAS ○ No. 1004377379	F ○ M ⊗	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 25 MES 03 AÑO 2000
PAÍS COLOMBIA
DEPTO MAGDALENA
MUNICIPIO CIÉNAGA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Manzana D Casa 21 Tejares del Libertador
PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA
MUNICIPIO SANTA MARTA
TELÉFONO 3015770336 EMAIL luiscarlosrobles118@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES 12	AÑO 2018

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).

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO
VIRTUAL	POLITECNICO DE COLOMBIA	EDUCACION INFORMAL	DIPLOMADO EN FACTURACION EN SERVICIOS DE SALUD	09	2021

ESPECIFIQUE 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

Powered by CamScanner

1 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD FECHA DE RETIRO
TELÉFONOS 6054365007	FECHA DE INGRESO Día01 Mes01 Año 2024		Día 29 Mes Año02 2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADMISIONISTA FACTURADOR	DEPENDENCIA ADMISION FACTURACION		DIRECCIÓN AVENIDA CALLE 14 25 64

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS 6054381234	FECHA DE INGRESO Día01 Mes11 Año 2023		FECHA DE RETIRO Día 31 Mes Año12 2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR FACTURADOR	DEPENDENCIA URGENCIAS AREA DE SALUD		DIRECCIÓN AVENIDA CALLE 14 25 67

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS 6054381234	FECHA DE INGRESO Día21 Mes08 Año 2023		FECHA DE RETIRO Día 30 Mes Año10 2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL FACTURADOR	DEPENDENCIA AREA DE URGENCIA		DIRECCIÓN AVENIDA CALLE 14 25 67

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS 6054381234	FECHA DE INGRESO Día21 Mes06 Año 2023		FECHA DE RETIRO Día 20 Mes Año08 2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL FACTURADOR	DEPENDENCIA AREA DE URGENCIAS		DIRECCIÓN AVENIDA 14 25 67

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS 6054381234	FECHA DE INGRESO Día01 Mes04 Año 2023		FECHA DE RETIRO Día 31 Mes Año05 2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL FACTURADOR(A)	DEPENDENCIA AREA DE URGENCIA		DIRECCIÓN AVENIDA 14 25 67

Powered by CamScanner

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Dia0		Mes0		Año 2023	Dia	31	Mes		Año03	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL FACTURADOR	DEPENDENCIA AREA DE URGENCIAS					DIRECCIÓN AVENIDA 14 25 67						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4381234	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Dia0		Mes0		Año 2022	Dia	30	Mes		Año12	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL FACILITADOR II	DEPENDENCIA AREA DE SALUD					DIRECCIÓN - AV. LIBERTADOR 25-67						

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

ERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	10

Powered by CamScanner

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 X

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 27/03/2024

Luis Carlos Maldonado Robles

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

Powered by CamScanner

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente LUIS CARLOS MALDONADO ROBLES, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,004,377,379 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 517294633 aperturada el 2 de diciembre de 2021 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 26 de abril de 2024.

Para trámites de nómina,legales,internacionales y otros,también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0517294633
Cuenta de 16 dígitos:	0517000200294633
Cuenta de 20 dígitos:	00130517000200294633

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

PREVENIR 1-A S.A
Nit 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

INGRESO

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha 31/03/2022 15:14:00 Cargo FACTURADOR

Empresa PARTICULAR

Nombre LUIS CARLOS MALDONADO ROBLES

Doc. Identidad CC 1004377379 Edad 22 Años Género Masculino

Dirección MZ D CA 21 Teléfono 3015770336

Escolaridad Tecnológica

Eps SALUD TOTAL SA

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

EXAMEN MEDICO ANEXO OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRIA, PSICOLOGIA, HEMOGRAMA

CONCEPTO

Sin restricciones para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

PARA EL TRABAJADOR
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.
HIGIENE POSTURAL.
CONTROL DE PESO POR DIETISTA DE LA EPS (IMC 38.30).
EJERCICIOS FUNCIONALES.

-- AL SISO DE LA EMPRESA SE SOLICITA SEGUIMIENTO DEL CASO.

NOTA: TENIENDO EN CUENTA LA PATOLOGÍA QUE PRESENTA EL PACIENTE, DEBE TENER CONTROL ESTRICTO CON SU MÉDICO TRATANTE Y SEGUIR LAS DIRECTRICES DEL GOBIERNO NACIONAL EN CUANTO A PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA DE LA SALUD.

-- DEBE SEGUIR LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES: REPORTAR DIARIAMENTE SU ESTADO DE SALUD A LA EMPRESA, DEBE ACUDIR A SU EPS/IPS ANTE SIGNOS DE ALARMA, USO DE TAPABOCAS OBLIGATORIO, LAVADO DE MANOS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL.

NOTA: PARA LA ATENCION SE APLICARON TODAS LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD.

RESTRICCIONES LABORALES

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional : 2268/2019 SDSM

Trabajador: LUIS CARLOS MALDONADO
CC: 1004377379
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Powered by CamScanner

PREVENIR 1A SA
CRA 20#12-32
SANTA MARTA
TEL: 4349531-4200149
NIT: 819001920-7

INFORMACIÓN GENERAL PRUEBA GHQ-28

Sujeto: LUIS CARLOS MALDONADO ROBLES

Fecha de interpretación de prueba: 31/03/2022

Edad: 22 AÑOS

fecha de nacimiento: 25/03/2000

Nivel académico: TECNOLOGO

Numero de identificación: 1004377379

Evaluador

Cristian Alfonso Gomez Yanet, Psicólogo

Test aplicado

GHQ-28

Resultados

Luego de la aplicación del GHQ -28, el paciente obtuvo una puntuación directa de 0 punto en síntomas somáticos, 0 puntos en ansiedad- insomnio, 0 puntos en disfunción social y 0 puntos en depresión.

Análisis de resultados

Paciente presenta una buena salud general autopercibida.

Sugerencias

Ninguna

Cristian Alfonso Gomez Yanet
PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
CC-1083018742 TP 208468

FIRMA EVALUADOR
T.P. 208468

Powered by CamScanner

VISIOMETRÍA

Fecha examen: 31/03/2022

Doc. Identidad CC 1004377379 Nombre LUIS CARLOS MALDONADO ROBLES Fecha Nacimiento. 25/03/2000

Entidad PARTICULAR Edad 22 años Ocupación FACTURADOR

H.C No Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )

Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )

Empresa EVENTO PARTICULAR Cargo FACTURADOR Antiguedad del cargo

Fondo de Pensiòn EPS SALUD TOTAL SA ARL

ANAMNESIS

Último Examen Visual HACE 5 MESES Usa anteojos: SI ( ) NO (X) VL ( ) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )

Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente ( ) Ocasional ( )

Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO (X) Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ?

Accidentes oculares SI ( ) NO (X) Cual ?

Signos y síntomas: Asintomático (X) Disminución visual de cerca ( ) Disminución visual de lejos ( ) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )

Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )

Antecedentes personales y/o familiares

AGUDEZA VISUAL

	CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD					20/20	0.50
OI					20/20	0.50
AO					20/20	0.50

LENSOMETRIA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD				
OI				

EXAMEN EXTERNO

OD

Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival ( ) Pterigio N ( )

Pterigio T ( ) Pinguécula ( ) Nevus ( ) Blefaritis ( )

Blefaritis seborreica ( ) Secreción ( ) Leucoma Corneal ( )

Ptosis palpebral ( ) Otros:

OI

Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival ( ) Pterigio N ( )

Pterigio T ( ) Pinguécula ( ) Nevus ( ) Blefaritis ( )

Blefaritis seborreica ( ) Secreción ( ) Leucoma Corneal ( )

Ptosis palpebral ( ) Otros:

MOTILIDAD OCULAR

VL: ORTHO VP: ORTHO HISHBERG: CENTRADO

Ducciones: Versiones: PPC:

PRUEBAS OCUPACIONALES

	Visión cromática			Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal (X)	Discromatopsia ( )	Ceguera al color ( )		
OI	Normal (X)	Discromatopsia ( )	Ceguera al color ( )		

INTERPRETACION

	OD	OI
No requiere corrección óptica	(X)	(X)
Defecto refractivo adecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo no corregido	( )	( )
Gafas no formuladas	( )	( )

IMPRESION DIAGNOSTICA

	OD	OI
Emetropía	(X)	(X)
Ametropía	( )	( )
Disminución visual	( )	( )
Otros:		

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica ( ) Valoración por oftalmología ( )

Control Visiometría (X)

RETINOSCOPIA

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD	0.0	-0.25	0
OI	0.0	-0.25	90

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

DIAGNOSTICOS (Código - Enfermedad)

Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

CONCEPTO

( ) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES

Powered by CamScanner

PREVENIR 1A S.A.

SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
LABORATORIO CLINICO Y TOXICOLOGICO
Nit. 819.001.920-7
Carrera 20 N° 12-46 Tel. 420 0149 - 434 9531 Cel 312 670 0249
Santa Marta

Impreso	01 abr 2022 08:43:49 am	RESULTADOS			Software Baxlab v20191230	
Sede	PRINCIPAL				Página 1 de 1	
Paciente	MALDONADO ROBLES LUIS		Sexo M	Edad 22A 0M 6D	Nro. De Recepción	77809
Identif.	CC 1004377379	Teléfono		Fecha De Recepción	31 mar 2022 02:43:59 pm	
Entidad	PARTICULAR		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	CONSULTA EXTERNA	Cama	Médico	BENAVIDES DE VEGA, JOSE		

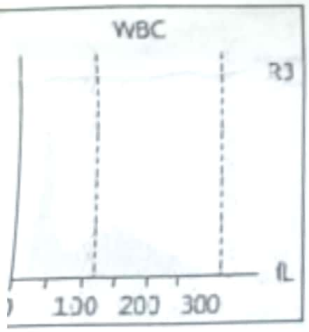
HEMATOLOGIA

1 . HEMOGRAMA TIPO IV

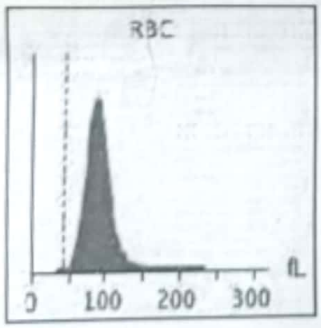
	Resultados	Unidades	Valores Referencia
Hemoglobina	14,6	gr/dl	12 a 17
Hematocrito	45,1	%	36 a 52
Recuento de Eritrocitos(RBC)	4,71	x10^6/uL	3,50 a 5
Volumen Medio Corpuscular (MCV)	95,8	fL	80 a 100
Hemoglobina Corpuscular Media(MCH)	31	pg	27 a 34
Conc Media de Hb Corpuscular (MCHC)	32,3	gr/dl	31 a 36
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-CV)	13,10	fL	11 a 16
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-SD)	41,6	fL	35 a 56
Recuento de Leucocitos(WBC)	7,7	x10^6/L	4 a 10
Neutrófilos(%)	48,7	%	45 a 70
Neutrofilos(/mmc)	3,8	x10^3/mmc	2 a 7
Linfocitos(%)	36,5	%	25 a 45
Linfocitos(/mmc)	2,8	x10^3/mmc	0,80 a 4
Monocitos(%)	14,8	%	3 a 12
Monocitos(/mmc)	1,1	x10^3/mmc	0,12 a 1,20
Recuento de Plaquetas(PLT)	383	x10^3/uL	150 a 450
Plaquetocrito (PCT)	0,382	%	0,11 a 0,50
Volumen plaquetario medio (MPV)	10	fL	6,50 a 12
Indice de distribuciónPlaquetario (PDW)	15,9	fL	6,50 a 12

Fecha Reporte: 01 abr 2022 08:43 am

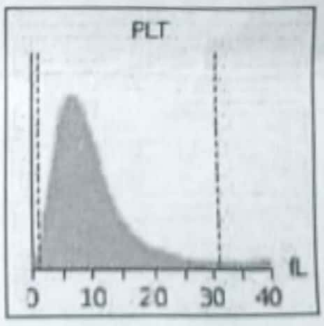
WBC



RBC



PLT



Grase Socarrás C.
T.P. 1065582385
Dra. Grase A. Socarrás Casado
Reg. Prof. 1065582385
Universidad. Popular del César

Powered by CamScanner

PREVENIR 1-A S.A
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

INGRESO

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visual ◯ Auditivo ◯ Respiratorio ◯ Cardiovascular ⊗ Psicosocial ◯ Ergonómico ◯ Otros ◯

REMISIÓN	SI ⊗	NO ◯	ARL	SI ◯	NO ◯	EPS	SI ⊗	NO ◯

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS PREVENIR 1-A S.A para que le de el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 2346 del 2.007, 1918 del 2.009 del Ministerio de Protección Social y normatividad vigente . Ademas doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y veridica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todos los estudios realizados y el resultado del Informe medico ocupacional de aptitud.

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional : 2268/2019 SDSM

Trabajador: LUIS CARLOS MALDONADO
CC: 1004377379
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Powered by CamScanner

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	2023-10-07 18:49

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LUIS	CARLOS	MALDONADO	ROBLES

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1004377379

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	ALEJANDRO PROSPERO REVERAND

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	["Av Libertador N° 25-67"]
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:

Powered by CamScanner

CONCEPTO	VALOR
TOTAL	$2.000.000,00

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

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

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

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

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.

Powered by CamScanner

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]

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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:

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1004377379 **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 04/03/2024 04:33 PM

Código Verificación: **PDAM9GYE1C**

Válida hasta: **02/06/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Powered by CamScanner

Salud Total

Bogotá, Abril 25 de 2024

Señor:
MALDONADO ROBLES LUIS CARLOS
CC. 1004377379
MANZANADCASA21 -
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 Noviembre 9 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
MALDONADO ROBLES LUIS CARLOS	1004377379	C	Nov-9-2021	52	26	COTIZANTE	VIGENTE		Suspendido por Mora Independiente (Sin Servicio)	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
LUIS CARLOS MALDONADO ROBLES	1004377379	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	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,

CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

Powered by CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MALDONADO ROBLES LUIS CARLOS** identificado(a) con **CC** número **1.004.377.379** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 29 de octubre 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 14 de mayo 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

2024051415365

Powered by CamScanner

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	LUIS CARLOS MALDONADO ROBLES														Sexo M X F
Tipo de Documento									Número				Expedida en		Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1004377379				SANTA MARTA		5/06/2018
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	Familiar	Rural	Urbano
X							X			2			X		X
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento		Direccion Domicilio						Municipio / Ciudad			Departamento	
25	3	2000	SANTA MARTA		MZA D CASA 21 TEJARES DEL LIBERTADOR						SANTA MARTA			MAGDALENA	
Correo Electrónico											No. Celular			Telefono	
LUISCARLOSROBLES118@GMAIL.COM											3015770336			4346262	
Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado			8	6	9	2	
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
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	FACTURADOR
Dirección de empresa o negocio	Ciudad		Barrio					No. Teléfono
CRA 14 No 23-42 ALCAZARES	SANTA MARTA		ALCAZARES					4346262
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						SI		NO X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

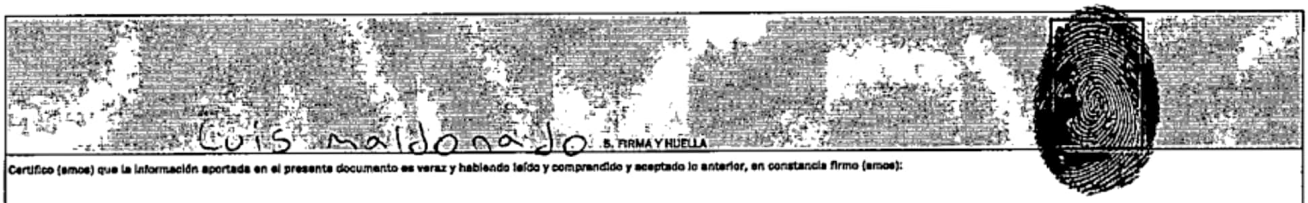
Total Ingresos Mensuales	$ 0		Total Egresos mensuales	$ 0
Otros Ingresos Mensuales			Otros Egresos Mensuales	
Total Activos			Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12	Año 2023	Es declarante?	SI NO X
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja 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: MI TRABAJO				

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: DE MITRABAJO 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 obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.



5. FIRMA Y HUELLA

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

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

Powered by CamScanner