E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE

LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ADMINISTRATIVO

CODIGO: GJC16F
VERSION: 06
FECHA DE ÚLTIMA 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**, WILMER ALFONSO REDONDO FLOREZ, Identificado con Cédula No. 1193225381 y Profesión AUX. 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: WILMER R.

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ADMINISTRATIVO – OPS ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		X
2	Cedula de Ciudadanía	✓	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: **https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php**	✓	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: **https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/**	✓	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)**	✓	
6	Propuesta de Servicios **(Mes Actual)**	✓	
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		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.***		X
18	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web **https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013** (**Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año**)	✓	
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/**	✓	

COPIA CONTROLADA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.193.225.381

REDONDO FLORIAN

APELLIDOS

WILMER ALFONSO

NOMBRES

FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-ABR-2000**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78
ESTATURA

B+
G.S. RH

M
SEXO

31-MAY-2018 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-2100100-01015133-M-1193225381-20180618 0061564816A 1 48770851

REGISTRO DEL ESTADO CIVIL

Powered by CamScanner

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1193225381**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1193225381	REDONDO	FLORIAN	WILMER	ALFONSO	2023-05-29, 1:22 pm

© 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:

El(la) suscrito(a) WILMER ALFONSO REDONDO FLORIAN identificado con C.C./C.E./P.P No.1.193.225.381 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 reglamentadapor 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 26 del mes de MARZO de 2024.

Firma 
Nombre WILMER ALFONSO REDONDO FLORIAN
Cédula 1.193.225.381 DE SANTA MARTA

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

Datos del usuario guardados

Editar

Información del usuario



Género	Hombre
Cargo	
Título	
Nombre	WILMER ALFONSO
Apellidos	REDONDO FLORIAN
Fecha de Nacimiento	29/04/2000 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	WILMER ALFONSO REDONDO FLORIAN
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1193225381
Dirección	CALLE 11 E #34 - 20 GALICIA
Código postal	470001
Estrato	2
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	wredondo8@gmail.com
Teléfono	3108408581
Celular	3006402560
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

Configuración

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

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es tu apodo?
Respuesta	wicho
SMS para recuperar la contraseña	3108408581

Editar

Santa Marta, Mayo de 2024

Doctor (a)
NORA ELVIRA ANILLO ROMERO
Gerente (e)
E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Cordial saludo,

A solicitud de su respetada institución, yo **WILMER ALFONSO REDONDO FLORIAN**, identificado con la C.C. 1.193.225.381, solicito a usted me permita ingresar como **TECNICO ADMINISTRATIVO**. cumpliendo las condiciones necesarias para tal cargo dentro de la empresa.

Atentamente,

WILMER ALFONSO REDONDO FLORIAN
C.C. 1.193.225.381 DE SANTA MARTA.
CALLE 11 e #34-20 Galicia
Wredondo8@gmail.com
3108408581

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el señor WILMER ALFONSO REDONDO FLORIAN identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1193225381, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	WILMER
Segundo Nombre:	ALFONSO
Primer Apellido:	REDONDO
Segundo Apellido:	FLORIAN
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	1193225381
Razón para el estado:	Citado
Estado del ciudadano:	1er Examen

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

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 29 días del mes de Mayo de 2023, a las 7:14:02 AM.

Cordialmente,

TC. ROJAS FONSECA ALEXANDER

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix

FÉ EN LA CAUSA

'ESTAMOS EN EL CORAZÓN DE LOS COLOMBIANOS Y AHÍ NOS VAMOS A QUEDAR'

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14916898385

(415)7707212489984(8020) 000001491689838 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 1 9 3 2 2 5 3 8 1 | 6. DV: 1

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía 1 3

26. Número de Identificación: 1 1 9 3 2 2 5 3 8 1

27. Fecha expedición: 2 0 1 8 0 5 3 1

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País: 1 6 9

29. Departamento: Magdalena 4 7

30. Ciudad/Municipio: Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido: REDONDO

32. Segundo apellido: FLORIAN

33. Primer nombre: WILMER

34. Otros nombres: ALFONSO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA 1 6 9

39. Departamento: Magdalena 4 7

40. Ciudad/Municipio: Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal: CL 11 E 34 20 BRR GALICIA

42. Correo electrónico: wredondo8@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1: 3 0 0 6 4 0 2 5 6 0

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código: 8 2 3 0

47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 9 0 3 2 6

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código 1 2

Ocupación

51. Código: 3 4 2 9

52. Número establecimientos

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

Obligados aduaneros

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

54. Código

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

99. Nombre

100. Cargo

Fecha generación documento PDF: 29-05-2023 07:30:34AM

DOCUMENTO EN TRAMITE COSTO SIN

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
Redondo	Florian	Wilmer Alfonso

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1193225381	F ( ) M (X)	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 29 MES 04 AÑO 2000	CALLE 11E 34 20 Galicia			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO	000000	EMAIL	wredondo8@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	2017
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	2	X		MANTENIMIENTO DE EQUIPOS DE COMPUTO	02	2018	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS*							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3108408581	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	13	*Mes*	10	2023							
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADMISION DE PACIENTES	*DEPENDENCIA* AREA DE REFERENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 comuna 4 , santa marta magdalena						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS*							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3108408581	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	07	2023		30		09		2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CAJERO (A)	*DEPENDENCIA* SUB GERENCIA ADM Y FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 comuna 4, santa marta magdalena						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3108408581	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	19	*Mes*	10	2021		31		12		2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PLANEACION - SISBEN					*DIRECCIÓN* CALLE 14 2 12						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4209600	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	05	2021		31		07		2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 14 2 49						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GESTION Y PROYECTOS RNG S.A.S			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS*							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3007814746	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	02	2020		04		08		2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR ADMINISTRATIVO					*DIRECCIÓN* CALLE 16 5 64						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	2
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	6

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta, 9 Mayo de 2024

Wilfred Redondo Florian

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

La república de Colombia y en su nombre

Institución Educativa Distrital

Rodrigo de Bastidas

Santa Marta - Magdalena

Reconocida Oficialmente por la Secretaria de Educación y Cultura del Distrito de Santa Marta
Resolución 0563 del 20 de Junio de 2014

Confiere a:

Wilmer Alfonso Redondo Florian

Identificado con T.I No. 1193225381 de Santa Marta

El Titulo de:

Bachiller Académico

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral
correspondiente y nivel educativo y académico, de
acuerdo al propecto educativo institucional P.E.I.

Edgardo A. Serrano Polo
Rector

Elizabeth Matta Jimenez
Secretaria

Este Diploma no. Requiere de registro en secretaria de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)
Anotado en el control interno del plantel en el

libro 001 Folio No 050 Acta 022

Dado en Santa Marta, a 6 de diciembre del año 2017

Escaneado con CamScanner

DANE 147001000984-01
CÓDIGO 122655
JORNADA MAÑANA

Institución Educativa Distrital
Rodrigo De Bastidas
Santa Marta - Magdalena

Reconocida oficialmente por la Secretaria de Educación y Cultura del Distrito
Según Resolución No. 0563 del 20 de Junio de 2014
Santa Marta - Magdalena

En Santa Marta, a los Seis (6) días del mes de Diciembre del año 2017, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado el Rector y la Secretaria del plantel Educativo Institución Educativa Distrital Rodrigo de Bastidas, aprobado en el Nivel de Educación Media y autorizado por el Ministerio de Educación Nacional y Secretaria de Educacion Distrital para otorgar el Titulo de Bachiller Académico, según Resolución No. 0563 del 20 de Junio del 2014, comprobada la situación legal y académica de él (la) alumno (a) que curso y aprobó los estudios correspondiente al Nivel de Educación Media, previo el lleno de los requisitos del respectivo Proyecto Educativo Institucional P.E.I. se procedió a otorgar el título de Bachiller Académico a (la) (al) graduanda (o) cuyos apellidos, nombres y número del documento de identificación se relaciona a continuación:

Wilmer Alfonso Redondo Florian

T.I 1193225381 de Santa Marta

Esta Acta es fiel copia tomada del Acta General No. 022 de fecha Diciembre 6 de 2017, que consta de Cuarenta y Nueve (49) alumnos graduandos y comienza con los apellidos y nombres de AHUMADA FIGUEROA JIRALIS GISETH y se cierra con los apellidos y nombres de VILLARREAL RANGEL MARIA JOSE, para constancia firma el Rector EDGARDO ALFONSO SERRANO POLO y la Secretaria ELIZABETH MATTA JIMÉNEZ

Dada en Santa Marta a los Seis (6) días del mes de Diciembre del 2017.

EDGARDO ALFONSO SERRANO POLO
C.C. 12.620.187 de Ciénaga Magd.
Rector

ELIZABETH MATTA JIMÉNEZ
C.C. 36.536.083 de Santa Marta
Secretaria

Escaneado con CamScanner

Grupo de Admisiones, Registro y Control Académico

CERTIFICA:

Que WILMER ALFONSO REDONDO FLORIAN, identificado(a) con código No. 20201201070 y C.C. 1193225381, se encuentra activo(a) y matriculado(a) en su SÉPTIMA matrícula financiera en el programa TECNOLOGÍA EN GESTIÓN PÚBLICA TERRITORIAL del CENTRO PARA LA REGIONALIZACION DE LA EDUCACION Y LAS OPORTUNIDADES - CREO aprobado mediante SNIES: 107599, en esta Institución, en el primer (I) período académico del año 2023.

La presente constancia se expide a solicitud del interesado. Se firma en Santa Marta el día null.

Código de Verificacion: 14369020201201070

Puede verificar la autenticidad de este documento en la página
http://admisiones.unimagdalena.edu.co/estudiantes/Certificados/consultor.jsp

Este certificado tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición y se genera a solicitud de: **A QUIEN INTERESE**

REGIONAL MAGDALENA
CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 34952276 - 20/02/2018

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: WILMER ALFONSO REDONDO FLORIAN, Con Tarjeta de Identidad No. 1.193.225.381

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TÉCNICO EN MANTENIMIENTO DE EQUIPOS DE COMPUTO.

En constancia de lo anterior se firma la presente en Santa Marta, a los veinte (20) días del mes de febrero de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
JAIRO ALFREDO TAMARIS CONTRERAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogota, Colombia

JAIRO ALFREDO TAMARIS CONTRERAS
Subdirector CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA
REGIONAL MAGDALENA

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9118001143595TI1193225381A.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

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

WILMER ALFONSO REDONDO FLORIAN

Con Tarjeta de Identidad No. 1.193.225.381

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

Título de

TÉCNICO EN

MANTENIMIENTO DE EQUIPOS DE COMPUTO.

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Santa Marta, a los veinte (20) días del mes de febrero de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
JAIRO ALFREDO TAMARIS CONTRERAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogota, Colombia

JAIRO ALFREDO TAMARIS CONTRERAS
Subdirector CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA
REGIONAL MAGDALENA

34952276 - 20/02/2018
No y FECHA REGISTRO

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS

NIT 800033723

CALLE 70 N 48 -56 3857980

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL - No CUENTA: 863740

EMPRESA: CLIENTE PARTICULAR

TIPO CERTIFICACION				
1. PREINGRESO [X]	2. PERIÓDICO PROGRAMADA [ ]	3. RETIRO [ ]	4. CONTROL [ ]	5. POST INCAPACIDAD [ ]
6. REUBICACIÓN [ ]	7. CASO OCUPACIONAL [ ]	8. TRAB. EN ALTURAS [ ]	9. ESPACIOS CONFINADOS [ ]	10. MANIPULACION DE ALIMENTOS [ ]

DATOS DEL PACIENTE

FECHA: 29/05/2023	EMPRESA EN MISION: PARTICULARES SO		
NOMBRE: WILMER ALFONSO REDONDO FLORIAN		DOC. IDENTIDAD: CC 1193225381	
CARGO: AUXILIAR DE CAJA		EDAD: 23 AÑOS	
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A)	FECHA DE NACIMIENTO: 2000-04-29	EPS: SALUD TOTAL	
DIRECCIÓN: CL 11E 34 20 GALICIA		TELEFONO: 3108406588	
PESO: 100 Kg	TALLA: 186 Cm	P.ABDOMINAL: 0 Cm	IMC: 29.22



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

1) EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

EXAMEN DE PREINGRESO

CONCEPTO	SI	NO
1. EXISTEN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACION	[ ]	[X]

CONCEPTOS GENERALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

1. VISUAL [ ]	2. AUDITIVO [ ]	3. RESPIRATORIO [ ]	4. CARDIOVASCULAR [ ]	5. PSICOSOCIAL [ ]	6. ERGONOMICO [ ]	7. OTROS [ ]

REMISIONES SI [X] NO [ ]	ARL SI [ ] NO [X]	EPS SI [X] NO [ ]

RECOMENDACIONES Y/O CONDICIONES A ADOPTAR PARA QUE EL TRABAJADOR PUEDA DESEMPEÑAR LA LABOR

1. SE RECOMIENDA ESTILO DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE.
2. DIETA SANA , ACTIVIDAD FISICA REGULAR COMO EJERCICIOS
3. IMPLEMENTACION DE MEDIDAS ERGONOMICAS.PARA PREVENSION DE DESORDENES MUSCULOESQUELETICOS
4. HIGIENE POSTURAL
5.- USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ACORDES CON LA EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO LABORAL.
6. LINEAMIENTOS NACIONALES PARA PREVENCION DE CONTAGIO Y PROPAGACION DE COVID-19, COMO LAVADO DE MANOS FRECUENTES, USO DE MASCARILLAS NASOBUCALE
7. IMPLEMENTAR POLITICA DE AUTOCUIDADO
8.-IMPLEMENTAR POLITICA DE AUTOREPORTE
9.-SIN ALTERACION DE LA CAPACIDAD LABORAL PARA EL CARGO
10.-OSTEOMUSCULAR NORMAL
11.-CARDIOVASCULAR NORMAL
IMC.- 29.91 NUTRICIONISTA E.P..S

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CERTIFICO Y MANIFIESTO QUE ME SIDO INFORMADO(A) SOBRE LO CONCERNIENTE AL PROPOSITO Y BENEFICIO DEL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL Y/O EXAMENES COMPLEMENTARIOS QUE SE ME VAN A REALIZAR, COMPRENDO QUE EL OBJETIVO DE LOS MISMOS ES IDENTIFICAR CONDICIONES DE SALUD Y REALIZAR DIAGNOSTICOS PREVENTIVOS DE ENFERMEDAD LABORAL ASI COMO LOS BENEFICIOS Y SU IMPORTANCIA PARA EL DESARROLLO, EJECUCION Y CUMPLIMIENTO DEL SUBSISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA AL IGUAL QUE SUS RIESGOS, MOTIVO POR EL CUAL AUTORIZO EN FORMA LIBRE, ESPONTANEA Y VOLUNTARIA MI CONSENTIMIENTO PARA SU REALIZACION DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO CON LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE, PARA LA CUSTODIA Y ENTREGA DE LOS RESULTADOS, FACULTO Y OBLIGO AL PROFESIONAL EN MEDICINA ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS, IPS MEDICINA LABORAL DE LA EMPRESA, QUIEN TENDRA A SU CARGO DICHOS DOCUMENTOS SIENDO EL RESPONSABLE DE GARANTIZAR SU CONFIDENCIALIDAD. PODRAN ENTREGAR COPIA DE MI HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL FOLIADA, PREVIA AUTORIZACION DE MI PARTE O CUANDO MEDIE MANDATO JUDICIAL, A SOLICITUD DE LAS ENTIDADES DE LA SEGURIDAD SOCIAL, EN CONCORDANCIA CON LAS RESOLUCIONES NO. 2346 DE 2007 Y 1918 DE 2009 Y DECRETO 1072 DE 2015. TODA INFORMACION DE SALUD OBTENIDA DE LA CONFIDENCIALIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE (DECRETO 3380 DE 1981, RESOLUCION 3443 DE 2006 Y LOS QUE LOS MODIFIQUEN) Y SOLO SERA USADA PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD Y TRABAJO. DE IGUAL MANERA, DOY MI AUTORIZACION EXPRESA PARA QUE SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS, RECOLECTA Y DE CUALQUIER MANERA TRATE MIS DATOS PERSONALES PARA FINALIDADES DE COMUNICACION EFECTIVA, CALIDAD DE SERVICIO, MANEJO DE DATOS CLINICOS Y OTRAS QUE APLIQUEN SEGUN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. DECLARO QUE LA INFORMACION QUE SUMINISTRO ES VERIDICA Y NO OMITO NINGUN ANTECEDENTE, DE ACUERDO A LO QUE ME OBLIGA EL ARTICULO 23 DEL DECRETO 1295 DE 1994.

WILMER Redondo

EDUARDO ANTONIO MARINO GARCIA
CC 7473338
MEDICO OCUPACIONAL
TP. 1591
RS. 2024

WILMER ALFONSO REDONDO FLORIAN
CC 1193225381
DECLARO QUE TODOS LOS DATOS REGISTRADOS CORRESPONDEN A LA VERDAD



CAPTURA BIOMETRICA

SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA
CARRERA 5 N 26B-23 3187117423

Imprimió: YULEISY KARINA GREGORY ZUÑIGA

Fecha de Impresión: 29/05/2023 - 11:41

SOFTWARE: SIIS SIIS v.2.0- Tel: (2) 4850430

GESTIÓN Y PROYECTOS
RNG - S.A.S.

GESTIÓN Y PROYECTOS RNG S.A.S

CERTIFICA QUE

El Señor **WILMER ALFONSO REDONDO FLORIAN,** identificado con cedula de ciudadanía N° 1.193.225.381, laboro en esta empresa bajo la modalidad de contrato por prestación de servicio, desde el 04 de febrero de 2020 hasta el 04 de agosto de 2020, devengando un salario de $1.800.000 mensuales, como **Auxiliar Administrativo**, realizando las siguientes actividades:

- Custodiar los documentos
- Encontrarse al día de la tramitación de expedientes
- Realizar cálculos básicos
- Comunicar todo lo relacionado con su trabajo

En su desempeño se destacó por su Responsabilidad y Profesionalismo en todas las labores asignadas.

Para constancia de lo anterior se firma en Santa Marta, a los veintitrés (23) días del mes de abril del dos mil veintiuno (2021)

Atentamente,

ARMANDO PABON TORRES
Gerente Gestión Y Proyectos RNG SAS
C.C. 85.457.879 de Santa Marta Tel. 300 781 4746
Dir. Calle 16 #5-64 gestionyproyectosrng@hotmail.com

EL SUSCRITO SECRETARIO DE PLANEACIÓN DISTRITAL DE SANTA MARTA D. T. C. e H. DE SANTA MARTA D.T.C.H., en uso de las facultades legales, en especial las que le confiere la Ley 80 de 1993, y el Decreto N° 1082 de 2015,

C E R T I F I C A:

Que de conformidad con la verificación de los soportes de la hoja de vida de **WILMER ALFONSO REDONDO FLORIAN** identificado con Cédula de Ciudadanía No. C.C. 1.193.225.381 Expedida en Santa Marta, cumple con la idoneidad y experiencia necesaria para el cumplimiento del OBJETO a contratar, el cual consiste en la: **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO ENCUESTADOR EN AREA RURAL Y URBANA DE LA SECRETARÍA DE PLANEACIÓN PARA EL SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN DE LOS POTENCIALES BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS SOCIALES-SISBÉN IV EN EL DISTRITO DE SANTA MARTA".**

QUE ACOGIENDOSE A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 42 DE LA LEY 1861 DE 2017, ESTA PERSONA SE ENCUENTRA EN EL TERMINO PARA DEFINIR SU SITUACION MILITAR, EN EL CASO PARTICULARCUMPLE CON LA CONDICION (EDAD MAXIMA).

Se expide la presente constancia de conformidad con lo señalado en los Estudios y Documentos Previos y las certificaciones de experiencia y estudios realizados, documentos que hacen parte integral de este documento.

Dado en el D.T.C.H. de Santa Marta, a los, 19 MAY 2021

RAÚL PACHECO GRANADOS
Secretario de Planeación

Proyectó: Adriana Linero
Adriana Linero

SECRETARÍA DE PLANEACIÓN

SANTA MARTA
El cambio es imparable

EL SUSCRITO SECRETARIO DE PLANEACIÓN DISTRITAL DE SANTA MARTA D. T. C. e H. DE SANTA MARTA D.T.C.H., en uso de las facultades legales, en especial las que le confiere la Ley 80 de 1993, y el Decreto N° 1082 de 2015,

CERTIFICA:

Que de conformidad con la verificación de los soportes de la hoja de vida de WILMER ALFONSO REDONDO FLORIÁN identificado con Cédula de Ciudadanía No. **1193225381 Expedida en Santa Marta,** cumple con la idoneidad y experiencia necesaria para el cumplimiento del OBJETO a contratar, el cual consiste en la: **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO ENCUESTADOR EN ÁREA RURAL Y URBANA DE LA SECRETARÍA DE PLANEACIÓN PARA EL SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN DE LOS POTENCIALES BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS SOCIALES-SISBEN IV EN EL DISTRITO DE SANTA MARTA".**

Que acogiéndose a lo establecido en el Artículo 42 de la Ley 1861 de 2017, esta persona se encuentra en el término para definir su situación militar, en el caso particular cumple con la condición (EDAD MÁXIMA, EXCEPTO, ENTRE OTROS) se deberá establecer la causal, así mismo deben tener en cuenta los 18 meses que da la norma para definir su situación militar.

Se expide la presente constancia de conformidad con lo señalado en los Estudios y Documentos Previos y las certificaciones de experiencia y estudios realizados, documentos que hacen parte integral de este documento.

Dado en el D.T.C.H. de Santa Marta, a los, 06 OCT 2021

RICARDO LLINÁS CASTAÑEDA
Secretario de Planeación

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 1193225381 **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 22/05/2024 12:36 PM

Código Verificación: **6241WTXK3Q**

Válida hasta: **20/08/2024**

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	2024-05-22 12:52

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
WILMER	ALFONSO	REDONDO	FLORIAN

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1193225381

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:

STAMARTA, Mayo 22 de 2024

Señor:
REDONDO FLORIAN WILMER ALFONSO
CC. 1193225381
CL 11E 34 20 GALICIA - 0
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 Julio 26 de 2019. 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
REDONDO FLORIAN WILMER ALFONSO	1193225381	C	Jul-26-2019	52	26	COTIZANTE	VIGENTE		Mora Mes 1 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
UNION TEMPORAL NUTRIMAGDALENA	1193225381	Dependiente	CERRADO
WILMER ALFONSO REDONDO FLORIAN	1193225381	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
WILMER ALFONSO REDONDO FLORIAN	1193225381	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,

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

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

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:

WILMER ALFONSO REDONDO FLORIAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.193.225.381**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Mayo 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.

HJMB 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 WILMER ALFONSO REDONDO FLORIAN	Sexo: M	X	F	

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1193225381	SANTA MARTA	31/05/2024

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		0			X		X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
29	4	2000	SANTA MARTA	CALLE 11 E #34-20	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
WREDONOD8@GMAIL.COM	3108408581	

Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado				8	2	3	0

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
ORGANIZACIÓN DE CONVENCIONES	

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 U. JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CARRERA 14 # 23-42	SANTA MARTA	ALCAZARES	4365007

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 2.100.000			Total Egresos mensules 1.500.000				
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales				
Total Activos 2.100.000			Total Pasivos 1.500.000				
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?

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

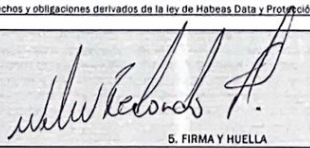
PRESTACION DE SERVICIOS

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):

_____

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento