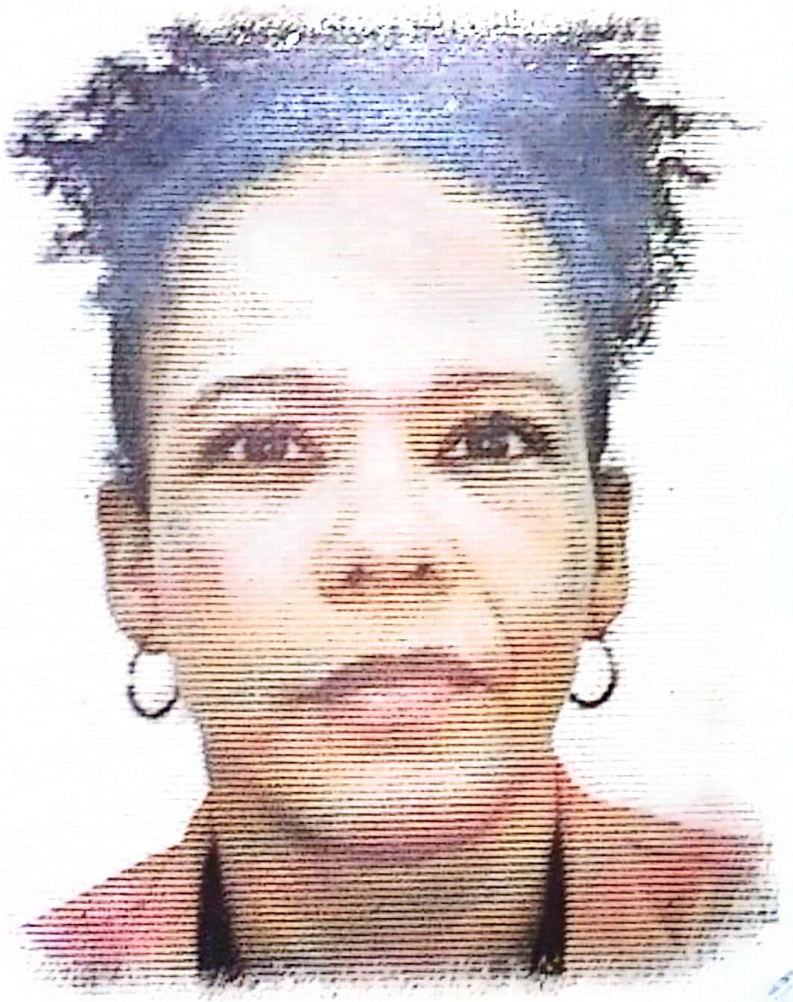
CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 36.666.660



Apellidos
BERMUDEZ MALDONADO

Nombres
AURA MERCEDES



Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.55	F

Fecha de nacimiento	G.S.
27 JUL 1976	O+

Lugar de nacimiento
SANTA MARTA (MAGDALENA)

Fecha y lugar de expedición
31 OCT 1994, SANTA MARTA

Fecha de expiración
20 DIC 2032

Firma





Powered by CamScanner

.CO

0107683338



REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0107683386210O1<<<<<<<<<<<<
7607279F3212208COL36666660<<<<9
BERMUDEZ<MALDONADO<<AURA<MERCE

Powered by CamScanner

Perfil de la Cuenta
Certificación de Contratos
Cuentas de Cobro
Cargar Documentos
Formulario Proveedor

¡Información Importante!

Recuerde verificar cada uno de los datos suministrados en este formulario, la información será verificada y auditada por el Grupo de Trabajo Contratación de la Oficina Jurídica y Control Disciplinario. **El tamaño maximo del de la foto es de 3MB, en caso de que sea mayor el formulario enviará un error.**

0%

Datos Personales

Tipo de Documento:	No. de Documento	Expedida en	Fecha de Expedición:	Registro de Formulario
C.C.	36666660	SANTA MARTA	1994/10/31	13/08/2024, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
BERMUDEZ	BERMUDEZ M	AURA MERCE	MERCEDES	Seleccionar arc	No hay foto disponible.

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Soltero(a)	O+	Colombiano	

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1976/07/27	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CARRERA 14 # 2-63	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
0	3105479783	meche76.ab@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	IED MADRE LAURA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	IED INSTITUTO MAGDALENA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	SECRETARIADO AUXILIAR CONTA	CECAP	2013

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

SCANNER DE HSITORIAS.ARMADO DE CUENTAS

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HUJMB	TECNICO ADMINISTRAT	2024/02/19	2024/07/31

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
MAYLEN BRITO BERMUDEZ	3233697108	Hija
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
ELCIS MALDONADO RODRIGUEZ	3003107520	Madre

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
LAPE.LUKONA	AURA BERMUDEZ	@MECHE76AB	

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Mutual Ser	Protección	Positiva

☐ Acepto los términos y condiciones de la Política de Tratamiento de Datos Personales y declaro haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo estipulado en este formulario, la información suministrada es exacta y correcta.

☐ EL PROVEEDOR se obliga con el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E. a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta al HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E. para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación contractual o comercial que tenga.

Actualizar Proveedor

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2024.

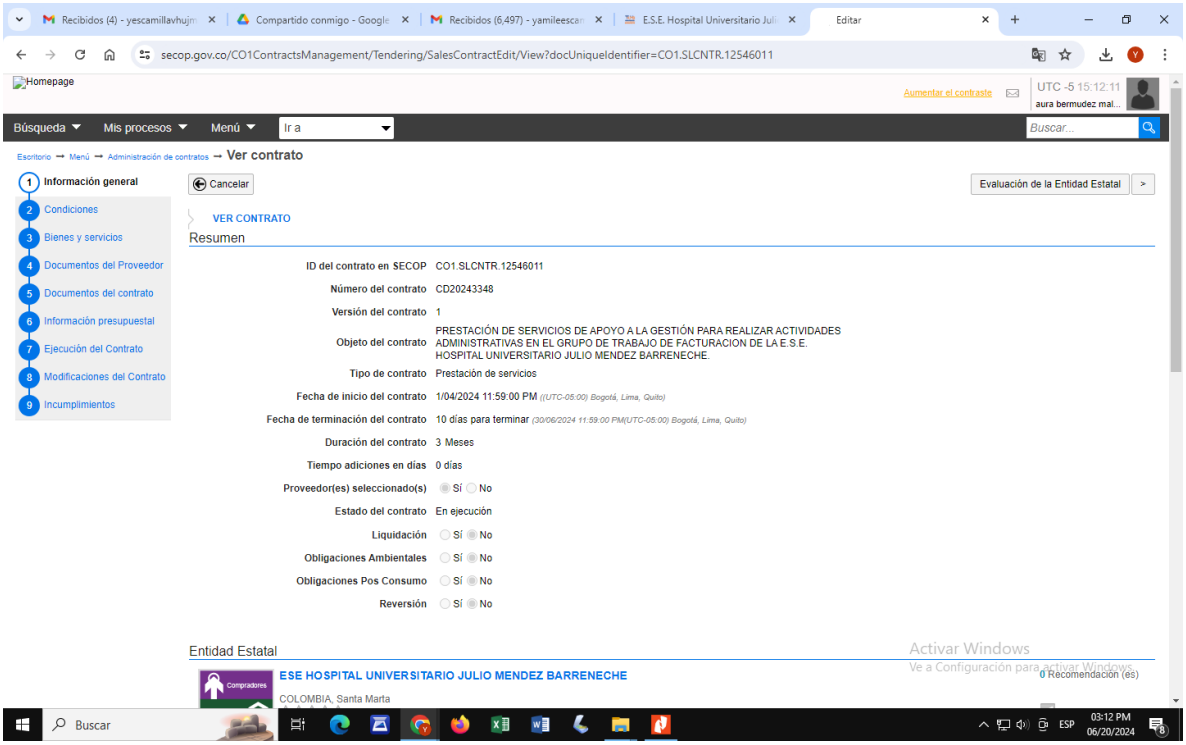
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	**CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASES DE DATOS**	CODIGO: VERSION: FECHA DE ULTIMA REVISION: PAGINA 1 de 1

El(la) suscrito(a) AURA MERCEDES BERMUDEZ MALDONADO identificado con C.C./C.E./P.P No. 36.666.660 expedida en Santa Marta, Magdalena, 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 mes de Noviembre del 2024.

Firma Aura Bermúdez Maldonado.
Nombre AURA MERCEDES BERMUDEZ MALDONADO
Cédula 36.666.660


Recibidos (4) - yescamillavhujm
Compartido conmigo - Google
Recibidos (6,497) - yamileescar
E.S.E. Hospital Universitario Juli
Editar
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.12546011
Homepage
Aumentar el contraste
UTC -5 15:12:11
aura bermudez mal...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
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.12546011
Número del contrato CD20243348
Versión del contrato 1
Objeto del contrato PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS 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 1/04/2024 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Fecha de terminación del contrato 10 días para terminar (30/06/2024 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
Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.
0 Recomendación (es)
Buscar
ESP
03:12 PM
06/20/2024

Santa marta D.T.C.H, Noviembre 2024

Gerente:
NORA ELVIRA ANILLO ROMERO
Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.

Yo AURA MERCEDES BERMUDEZ MALDONADO identificado con la cedula de ciudadanía N. º 36.666.660 DE Santa Marta- Magdalena, mediante el presente me permito dejar en consideración el asunto de la referencia.

Para lo cual pretendo prestar mis servicios EN EL AREA DE FACTURACION. Con alto grado de responsabilidad y eficiencia, plasmado las metas y objetivos encomendados por la E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE esto se traducirá en el cumplimiento de las tareas diarias dando apoyo administrativo, donde lo requiera el ente.

Agradeciendo su amable

colaboración.

Cordialmente,

Aura Bermudez M.

AURA MERCEDES BERMUDEZ
MALDONADO
CC: 36.666.660 de Santa Marta
DIRECCION: Carrera 14 #2-63 20 de Julio
TEL: 3105479783
CORREO ELECTRONICO: meche76.ab@gmail.com

FORMATO ÚNICO

Libertad y Orden

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
Bermudez	Maldonado	Aura Mercedes

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 36666660

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. ( ) EXTRANJERO ( ) PAÍS:

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 27 MES 07 AÑO 1976

PAÍS:

DEPTO:

MUNICIPIO:

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS: DEPTO:

MUNICIPIO:

TELÉFONO: EMAIL: meche76.ab@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	11	AÑO	1993
										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	1		X	TECNICA EN ASISTENCIA ADMINISTRATIVA			

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* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	10	*Año*	2024	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO APOYO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA Y FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 OESTE 23 42 OESTE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
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	05	*Mes*	08	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINSITRATIVO APOYO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION - FACTURACION C						*DIRECCIÓN* CARRERA 14B ESTE 23 42 ESTE COMUNA 4					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
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*	07	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA Y FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14A A SUR 23A 42 SUR					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
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*	04	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14A A SUR 23A 42 SUR COMUNA 4					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6054365007	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	02	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14A A SUR 23 42 SUR COMUNA 4					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION PARA EL DESARROLLO APROPIACION Y APROVECHAMIENTO DE LAS TECNOLOGIAS Y LAS COMUNICACIONES			*PÚBLICA*		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3102882588	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	11	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CENSISTA (ENCUESTADOR)	*DEPENDENCIA* ALCALDIA MAYOR - SECRETARIA DE GOBIERNO						*DIRECCIÓN* CALLE 15 NORTE 3 67 NORTE					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION PARA EL DESARROLLO APROPIACION Y APROVECHAMIENTO DE LAS TECNOLOGIAS Y LAS COMUNICACIONES			*PÚBLICA*		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3102883588	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	03	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CENSISTA (ENCUESTADOR)	*DEPENDENCIA* ALCALDIA MAYOR - SECRETARIA DE GOBIERNO						*DIRECCIÓN* CALLE 15 NORTE 3 67 NORTE					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION PARA EL DESARROLLO APROPIACION Y APROVECHAMIENTO DE LAS TECNOLOGIAS Y LAS COMUNICACIONES			*PÚBLICA*		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3102883588	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	04	*Año*	2022	*Día*	17	*Mes*	09	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CENSISTA (ENCUESTADOR)	*DEPENDENCIA* ALCALDIA MAYOR - SECRETARIA DE GOBIERNO						*DIRECCIÓN* CALLE 15A A NORTE 3A 67 NORTE					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION PARA EL DESARROLLO APROPIACION Y APROVECHAMIENTO DE LAS TECNOLOGIAS Y LAS COMUNICACIONES			*PÚBLICA*		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3102883588	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	02	*Año*	2022	*Día*	22	*Mes*	04	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL GUARDIAN DEL ESPACIO PUBLICO	*DEPENDENCIA* ALCALDIA MAYOR - SECRETARIA DE GOBIERNO						*DIRECCIÓN* CALLE 15 NORTE 3 67 NORTE					

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*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	0

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, 26 Noviembre 2024

Áura Bermúdez

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

El

Instituto Magdalena

DE SANTA MARTA

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional según
Resolución No. 15109 del 9 de Octubre de 1984
Confiere a :

AURA MERCEDES BERMUDEZ MALDONADO

Identificado con T. I. No. 30336 de STA. MARTA

El título de

BACHILLER COMERCIAL

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
al Nivel de Educación Media Vocacional
según los planes y programas vigentes.

Rector

Secretario

Dado en Santa Marta a 22 de Diciembre de 1973

Anotado al folio 2429 libro de registro No 5
Reg. No. 71792

Secretario de Educación

REPUBLICA DE COLOMBIA

Promotoría Social Educativa

Aprobado Según Resolución No. 0835 del 30 de abril de 2003

CERTIFICA QUE:

Aura Mercedes Bermudez Maldonado

Identificado(a) con C.C.. No 36,666,660 de Santa Marta

ASISTIO AL CURSO INTENSIVO DE:

MERCADERISTA IMPULSADORA

Emitido Acorde a lo establecido en el articulo 9 decreto 0114/96 M.E.N.

Dado en Santa Marta a los 18 días del mes de Diciembre de 2004
Con una Intensidad Horaria de 140 Horas

Ismael García López
DIRECTOR ACADEMICO

Jaime Luis Díaz Gutiérrez
COORDINADOR ACADEMICO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

CENTRO DE CAPACITACIÓN PROFESIONAL

CENTRO DE CAPACITACIÓN PROFESIONAL C.E.C.A.P.

C.E.C.A.P. - COOTRASENA

Aprobado por Resolución No. 1090 de 06 de Agosto de 2012
de la Secretaria de Educación Distrital de Santa Marta, D.T.C.H., Colombia

CONFIERE A:

AURA MERCEDES BERMUDEZ MALDONADO

Identificado con C.C.No. *36.666.660* de *Santa Marta*

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

SECRETARIADO AUXILIAR CONTABLE

Programa reconocido por el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Resolución No. 051 de 27de Marzo de 2006

DIRECTOR

SECRETARIA

Santa Marta, 22-04-13
Ciudad y Fecha de Expedición

REG: COOT-CECAP 470101191
No. de Registro

La Magdalena
Centro Comunitario

El centro comunitario La Magdalena

Certifica que

Aura Mercedes Bermúdez Maldonado

C.C. 36666660

Participo en el Curso

Habilidades para la Vida y el Trabajo

desarrollado en el mes de noviembre 2021

Belia Bustamante G.

Belia Alcira Bustamante

Representante Legal

El PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

DEL CENTRO PARA LA REGIONALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN Y LAS OPORTUNIDADES - CREO

DE LA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA Y LA FUNDACIÓN SOCIEDAD PORTUARIA DE SANTA MARTA

Certifican que:

Aura Mercedes Bermúdez Maldonado

C.C. 36.666.660

Participó y aprobó la capacitación en
"LIDERAZGO TRANFORMACIONAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL OBJETO DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL" ofertado a los líderes comunales de la Ciudad de Santa Marta a través de la Fundación Sociedad Portuaria de Santa Marta.

Con una duración de 25 horas presenciales.

WILSON VELÁSQUEZ BASTIDAS
Licenciado Magister
Director **CREO**

RAFAEL ROIMAN GARCIA LUNA
Decano Facultad de Ciencias Empresariales y Económicas
Universidad del Magdalena

Se expide en Santa Marta, a los dos (02) días del mes de mayo de 2022

AÚN+ incluyente e innovadora | PERIODO 20.24

REGIONAL MAGDALENA

EL CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA

HACE CONSTAR

Que AURA MERCEDES BERMUDEZ MALDONADO identificada(o) con Cédula de Ciudadanía No. 36666660 se encuentra cursando el programa de TÉCNICO EN .APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD. el cual inició el 27 de ABRIL de 2024 y finalizará el 26 de ABRIL de 2025, en modalidad Presencial, y hasta el momento ha aprobado:

COMPETENCIAS	**EVAL**	**IH**
Resultado de Aprendizaje de la Inducción.	4,5 A	48

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

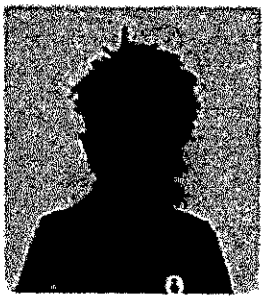
IDENTIFICAR LA DINÁMICA ORGANIZACIONAL DEL SENA Y EL ROL DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE ACUERDO CON SU PROYECTO DE VIDA Y EL DESARROLLO PROFESIONAL

Se expide en SANTA MARTA a los 26 días del mes de JUNIO de 2024

JULIO RAFAEL DE JESUS DEL CASTILLO LOZANO
SUBDIRECTOR (A) ENCARGADO (A)
CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA

)OCTYPE html PUBLIC "-//W3C//DTD XHTML 1.0 Transitional//EN" "http://www.w3.org/TR/xhtml1/DTD/xhtml1-transitional.dtd">

Certificado de
Aptitud Laboral
Ingreso
Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 15/Mar/2023, **Hora:**02:01:18 a.m.
Apellido: Bermudez Maldonado **Nombre:** Aura Mercedes
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 36666660
Empresa: Particular
Cargo: No Aplica
Lugar:
Dirección: Carrera 14 # 2-63 20 de julio
Telefono: **Celular:** 3216666461 **Email:** **Estado Civil:** Soltera **Ciudad:** .:: No Aplica ::.
Peso: 53 Kg **Estatura:** 155 Cm **IMC:** 25.2 **Escolaridad:** Técnica **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Mutualser **ARL:** Sin Definir **AFP:** Protección

HC: # 73582
Edad: 46 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 27/Jul/1976
Rh: O +

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteomuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular
Induccion Al Sitio De Trabajo
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Realizar Pausa Activas

Otras: Tener buenos hábitos alimenticios

Observaciones

Mirta Nuñez Gutierrez
Md. Especialista En Medicina Del Trabajo Y Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 1725
Registro #: 487

Aura Mercedes Bermúdez Maldonado
CC 36666660

Huella Digital

Powered by CamScanner

Corporación
Gestión
& Desarrollo

LA CORPORACION GESTION Y DESARROLLO

NIT.830.049.060-5

CERTIFICA QUE:

La señora **AURA MERCEDEZ BERMUDEZ MALDONADO**, identificada con cédula de ciudadanía No. **36.666.660**, presto sus servicios como **GUARDIÁN DE ESPACIO PÚBLICO** bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios desde el **23 DE FEBRERO AL 22 DE ABRIL DE 2022**, devengando honorarios mensuales por la suma de **UN MILLÓN SETECIENTOS OCHENTA MIL PESOS MCTE ($1.780.000)**.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los veintisiete (27) días del mes de marzo de 2023.

Cordialmente,

BEATRIZ GUTIERREZ
Jefe de Recursos Humanos

Dirección de correspondencia.: Calle 36 # 21 – 10 – Park Way, Teusaquillo, Bogotá
Teléfonos: (1) 7573623 Bogotá, WhatsApp Empresarial: +57 301 5986944
Correo electrónico: administrativo@espaciopublicogyd.com
Correo electrónico: gerencia@corpgyd.org

Corporación
Gestión
& Desarrollo

LA CORPORACION GESTION Y DESARROLLO

NIT.830.049.060-5

CERTIFICA QUE:

La señora **AURA MERCEDEZ BERMUDEZ MALDONADO**, identificada con cédula de ciudadanía No. **36.666.660**, presto sus servicios como **CENSISTA** bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios desde el **23 DE ABRIL AL 17 SEPTIEMBRE DE 2022**, devengando honorarios mensuales por la suma de **DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS MCTE ($2.300.000)**.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los veintisiete (27) días del mes de marzo de 2023.

Cordialmente,

BEATRIZ GUTIERREZ
Jefe de Recursos Humanos

Dirección de correspondencia.: Calle 36 # 21 – 10 – Park Way, Teusaquillo, Bogotá
Teléfonos: (1) 7573623 Bogotá, WhatsApp Empresarial: +57 301 5986944
Correo electrónico: administrativo@espaciopublicogyd.com
Correo electrónico: gerencia@corpgyd.org

Corporación
Gestión
& Desarrollo

LA CORPORACION GESTION Y DESARROLLO

NIT.830.049.060-5

CERTIFICA QUE:

La señora **AURA MERCEDEZ BERMUDEZ MALDONADO,** identificada con cédula de ciudadanía No. **36666660 ,** prestó sus servicios como **CENSISTA** bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios desde el **8 de marzo al 31 de octubre del 2023.**

FUNCIONES ASIGNADAS DEL CARGO:

- Realizar jornadas de tomas censales
- Realizar análisis socioeconómico de las poblaciones objeto de estudio
- participar activamente en las campañas enfocadas en la cultura por el respeto del espacio público y el entorno urbano,

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los veintinueve (29) días del mes de diciembre de 2023.

Cordialmente,

BEATRIZ GUTIERREZ
Jefe de Recursos Humanos

Corporación
Gestión
& Desarrollo

LA CORPORACION GESTION Y DESARROLLO

NIT.830.049.060-5

CERTIFICA QUE:

La señora **AURA MERCEDEZ BERMUDEZ MALDONADO,** identificada con cédula de ciudadanía No. **36666660 ,** prestó sus servicios como **CENSISTA** bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios desde el **15 de noviembre al 31 de diciembre.**

FUNCIONES ASIGNADAS DEL CARGO:

- Realizar jornadas de tomas censales
- Realizar análisis socioeconómico de las poblaciones objeto de estudio
- participar activamente en las campañas enfocadas en la cultura por el respeto del espacio público y el entorno urbano,

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los veintinueve (29) días del mes de diciembre de 2023.

Cordialmente,

BEATRIZ GUTIERREZ
Jefe de Recursos Humanos

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 **AURA MERCEDES BERMÚDEZ MALDONADO**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **36.666.660** 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. **CD20241823** de fecha 15 de febrero de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 19 de febrero al 31 de marzo de 2024, por un valor de CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($4.200.000).

2. No. **CD20243348** de fecha 31 de marzo de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 30 de junio de 2024, por un valor de SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($6.300.000).

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, EN VIRTUD DE LAS ANTERIORES ORDENES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los veintiséis (26) días del mes de abril de 2024.

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

Ingrid O

ELABORÓ: INGRID JHOANA OSPINO LIZCANO.
APOYO ADMINISTRTIVO 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

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 **AURA MERCEDES BERMÚDEZ MALDONADO**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **36.666.660** 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. **CD20241823** de fecha 15 de febrero de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 19 de febrero al 31 de marzo de 2024, por un valor de CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($4.200.000).

2. No. **CD20243348** de fecha 31 de marzo de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 30 de junio de 2024, por un valor de SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($6.300.000).

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, EN VIRTUD DE LAS ANTERIORES ORDENES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los veintiséis (26) días del mes de abril de 2024.

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

Ingrid O

ELABORÓ: INGRID JHOANA OSPINO LIZCANO.
APOYO ADMINISTRTIVO 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

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 **AURA MERCEDES BERMÚDEZ MALDONADO**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **36.666.660** 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. **CD20241823** de fecha 15 de febrero de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 19 de febrero al 31 de marzo de 2024, por un valor de CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($4.200.000).
2. No. **CD20243348** de fecha 31 de marzo de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 30 de junio de 2024, por un valor de SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($6.300.000).
3. No. **CD20243923** de fecha 08 de julio de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 08 de julio al 31 de julio de 2024, por un valor de DOS MILLONES CIEN MIL PESOS ($2.100.000).
4. No. **CD20244216** de fecha 05 de agosto de 2024, , con un plazo de ejecución contado a partir del 05 de agosto al 30 de septiembre de 2024, por un valor de CUATRO MILLONES DOCIENTOS MIL PESOS ($4.200.000).

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, EN VIRTUD DE LAS ANTERIORES ORDENES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los veintisiete (27) días del mes de septiembre de 2024.

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

Ingrid O

ELABORÓ: INGRID JHOANA OSPINO LIZCANO.
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA.

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 36666660 **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 27/11/2024 10:00 AM

Código Verificación: **9ADMQ1FZ62**

Válida hasta: **25/02/2025**

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	INGRESO	Fecha de publicación	2024-02-09 10:39

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
AURA	MERCEDES	BERMUDEZ	MALDONADO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	36666660

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 AGREENCIAS

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
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

12. 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:

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BERMUDEZ MALDONADO AURA MERCEDES** identificado(a) con **CC** número **36.666.660** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 23 de septiembre de 2009 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 01 de agosto 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

2024080107405

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BERMUDEZ MALDONADO AURA MERCEDES** identificado(a) con **CC** número **36.666.660** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 23 de septiembre de 2009 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 27 de noviembre 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

20241127091134

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

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos														Sexo			
Aura Mercedes Bermudez Maldonado														M		F	X
Tipo de Documento								Número			Expedida en			Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		36666660			Santa Marta		31-10-1994		
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación			
Soltero	Casado	Divorciado		U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano		
X								X		4			X		X		
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento			
29	07	1996	Santa Marta			Carrera 14 #2-63					Santa Marta			Magdalena			
Correo Electrónico											No. Celular			Telefono			
Meche76.ab@gmail.com											3105479783						
Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU						
Estudiante		Independiente		Empleado		Hogar		Jubilado									
Detalle Actividad Económica											Descripción del CIIU						

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
	Publica		Privada		Mixta		Otra, cual?	
Dirección de empresa o negocio		Ciudad			Barrio			No. Teléfono
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						SI		NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales			Total Egresos mensuales					
Otros Ingresos Mensuales			Otros Egresos Mensuales					
Total Activos			Total Pasivos					
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declarante?			SI		NO
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?								
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?								
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:								

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de Información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A.



5. FIRMA Y HUELLA

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



Aura Bermudez M.

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento