REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 57294849

COHEN VENGOECHEA

APELLIDOS

ELIANA MARIET

NOMBRES

Eliana Cohen

FIRMA



Scanned with CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

28-ABR-1983

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.44	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

14-AGO-2001 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-2100100-51101911-F-0057294849-20020506 **02374** 02126B 01 116138304

Scanned with CamScanner

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **57294849**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	57294849	COHEN	VENGOECHEA	ELIANA	MARIETH	03/09/21

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2024.

El (la) suscrito(a) Eliana Mariet Cohen Vengoechea identificado con C.C./C.E./P.P No. 57.294.849 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.

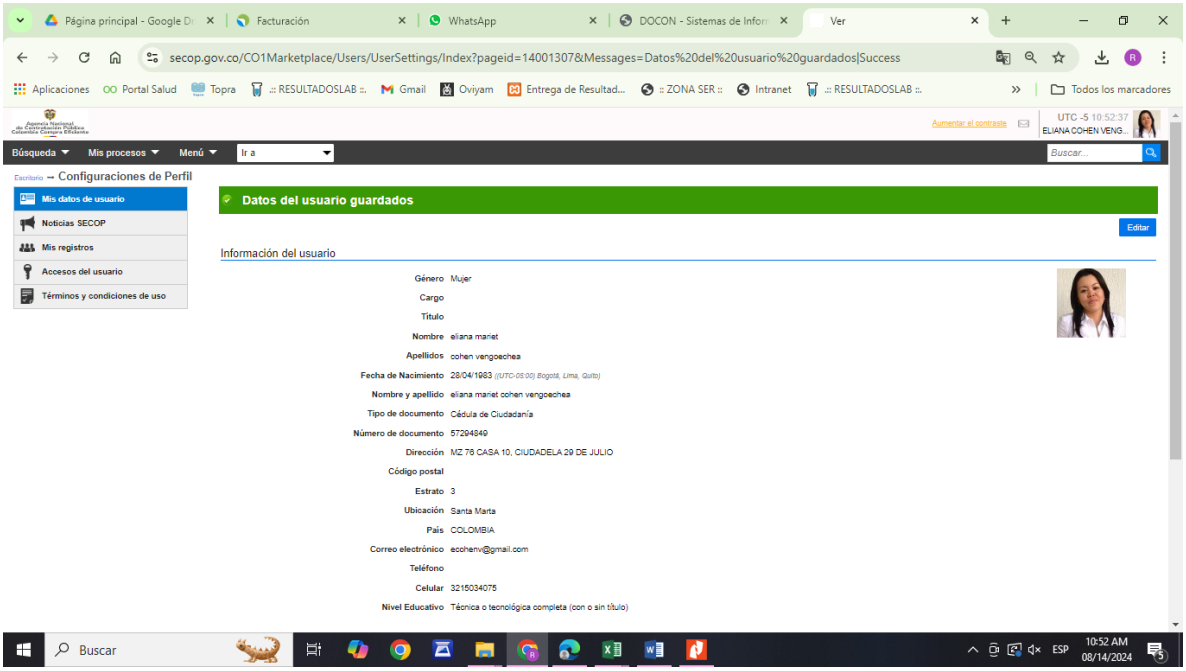
Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, 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, Noviembre de 2024.

Firma Eliana Cohen
Nombre Eliana Cohen
Cédula 57.294.849

COPIA NO CONTROLADA

Scanned with CamScanner


Página principal - Google Dr
Facturación
WhatsApp
DOCON - Sistemas de Inform
Ver
secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=14001307&Messages=Datos%20del%20usuario%20guardados|Success
Aplicaciones
Portal Salud
Topra
:: RESULTADOSLAB ::
Gmail
Oviyam
Entrega de Resultad...
:: ZONA SER ::
Intranet
:: RESULTADOSLAB ::
Todos los marcadores
Aumentar el contraste
UTC -5 10:52:37
ELIANA COHEN VENG...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Configuraciones de Perfil
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 Mujer
Cargo
Título
Nombre eliana mariet
Apellidos cohen vengoechea
Fecha de Nacimiento 28/04/1983 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Nombre y apellido eliana mariet cohen vengoechea
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
Número de documento 57294849
Dirección MZ 78 CASA 10, CIUDADELA 29 DE JULIO
Código postal
Estrato 3
Ubicación Santa Marta
País COLOMBIA
Correo electrónico ecchenv@gmail.com
Teléfono
Celular 3215034075
Nivel Educativo Técnica o tecnológica completa (con o sin título)
Buscar
ESP
10:52 AM
08/14/2024

Santa Marta, Noviembre 2024

Señores
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Santa Marta, Magdalena

Cordial Saludo

Por medio del presente pongo a su disposición mi propuesta para prestación de servicios como Técnico Administrativo en el área de Facturación, ya que cuento con las condiciones necesarias para desarrollar dicha labor.

Es un gusto prestar mis servicios para tan honorable Entidad.

Cordialmente,

Eliana Cohen.

ELIANA COHEN VENGOECHEA
C.C. 57.294.849 de Santa Marta

Scanned with CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14641317131

(415)7707212489984(8020) 000001464131713 1

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 7 2 9 4 8 4 9	2 0 0 1 0 8 1 4

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
COHEN	VENGOECHEA	ELIANA	MARIETH

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal: CR 21 7 34

42. Correo electrónico: eli_cohen_v@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 5 0 3 4 0 7 5	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 1 0	2 0 0 5 0 8 1 5						3 1 2 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 08 - 20

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

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

984. Nombre COHEN VENGOECHEA ELIANA MARIETH
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Cohen	Vengoechea	Eliana Mariet

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57294849 | SEXO: F (X) M ( ) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) | PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 28 MES 04 AÑO 1983

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

MANZANA 76 CASA 8 APARTAMENTO 202 CIUDADELA 29 DE JULIO

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: EMAIL: ecohenv@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	2000
										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	6	X		TECNICA PROFESIONAL EN INGENIERIA DE SISTEMAS	11	2006	

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 ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	24	*Mes*	10	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42						

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 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42						

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 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINSTRATIVO-FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42						

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 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	07	*Mes*	05	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42						

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 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	03	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

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 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	02	*Año*	2024	*Día*	29	*Mes*	02	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

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 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

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 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	10	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

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 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	07	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	04	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42						
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 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42						
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 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42						
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 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42						
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 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42						
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 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42						
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 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	11	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42						
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 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42						
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 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					
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 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					
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 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					
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 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2020	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					
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 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año* 2020	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION						*DIRECCIÓN* CALLE 14 23 42					

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 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

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 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	07	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINSTRATIVO-FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

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 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINSTRATIVO-FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

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 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 4346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	07	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14N ° 23 - 42					
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 4346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14N ° 23 -42					
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 4346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	10	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14N 23 42					
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 4346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	09	*Año*	2017	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14N 23 42					
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 4346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	07	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14N 23 42					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	01	*Año*	2017	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14N 23 42					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	11	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14N 23 42					

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 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14N 23 42					

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 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14N 23 42					

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 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2016	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	02	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14N 23 42					

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 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	01	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14N 23 42					

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 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	06	*Año*	2015	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14N 23 42					

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 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	04	*Año*	2015	*Día*	16	*Mes*	06	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14N 23 42					

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 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	01	*Año*	2015	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14N 23 42					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	10	*Año* 2014	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AUDIFACTSALUD S.A.S			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3145945814	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2014	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* Mz k casa 14 balcones del libertador						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2013	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14N 23 42						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVIDALUD DEL CARIBE SAS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4212090	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2012	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* CALLE 23N 4 27 centro ejecutivo						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVISALUD DEL CARIBE SAS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4212090	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2011	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2011	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* CALLE 23N 4 27 centro ejecutivo						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVISALUD DEL CARIBE EAT			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4212090	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	01	*Año* 2011	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* CALLE 23N 4 27 centro ejecutivo					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD DIAGNOSTICAR IPS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2010	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* Sin dirección					

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	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	8	8
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	12	5

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X__ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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, Noviembre de 2024

Eliana Cohen

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

Scanned with CamScanner

La República de Colombia

y en su nombre

La Corporación Unificada Nacional de Educación Superior

Con personería jurídica 1379 del 3 de febrero de 1983
expedida por el Ministerio de Educación Nacional

Confiere a

Eliana Mariet Cohen Vengoechea

identificado(a) con C.C. No. *57,294,849 de Santa Marta (Magdalena)*

Por haber terminado satisfactoriamente y cumplido con todos los requisitos establecidos en las normas legales y reglamentarias, el Título de Técnico Profesional en:

Ingeniería de Sistemas

en constancia le otorga el presente diploma en *Santa Marta, Magdalena*

09 de junio de 2007

Rector

C. U. N. RECTOR

CORPORACION UNIFICADA NACIONAL DE EDUCACION SUPERIOR

INGENIERIA DE SISTEMAS

Decano

Secretario General

Anotado en el Folio No. *12105* *del libro de registro No.* *0008*

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



Fecha: 30/Mar/2023, **Hora:** 08:16:16 a.m.
Apellido: Cohen Vengoechea **Nombre:** Eliana Marieth
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 57294849
Empresa: Particular
Cargo: Facturacion
Direccion: Mz 76 Casa 8 Apt 201 Ciudadela
Telefono: **Celular:** 3215034075 **Email:** **Estado Civil:** Casado
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 46 Kg **Estatura:** 148 Cm **IMC:** 21.0 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Sanitas **ARL:** Positiva **AFP:** Porvenir

HC: # 77992
Edad: 39 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 28/Abr/1983
Rh: O+

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular
Induccion Al Sitio De Trabajo
Pausas Activas
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Uso De Tapabocas Permanente
Cumplir Con Las Normal De Bioseguridad

Observaciones

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

Eliana Marieth Cohen Vengoechea
CC 57294849

Huella
Digital

Powered by CamScanner

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 **ELIANA MARIET COHEN VENGOECHEA**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **57.294.849** 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. **398** de fecha 14 de Marzo de 2013, con un plazo de ejecución contado a partir del día 15 de Marzo hasta el 31 de Julio de 2013, por un valor NUEVE MILLONES CIENTO OCHENTA MIL PESOS ($9.180.000).
2. No. **988** de fecha 01 de Octubre de 2013, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Octubre hasta el 31 de Diciembre de 2013, por un valor de NUEVE MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($7.650.000).
3. No. **113** de fecha 07 de Enero de 2014, con un plazo de ejecución contado a partir del día 07 de Enero hasta el 28 de Febrero de 2014, por un valor TRES MILLONES SESENTA MIL PESOS ($3.060.000).
4. No. **1152** de fecha 10 de Octubre de 2014, con un plazo de ejecución contado a partir del día 10 de Octubre hasta el 31 de Diciembre de 2014, por un valor de SIETE MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($7.650.000).
5. No. **218** de fecha 07 de Enero de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del día 07 de Enero hasta el 31 de Marzo de 2015, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA MIL PESOS ($4.590.000).
6. No. **1104** de fecha 15 de Abril de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del día 15 de Abril hasta el 16 de Junio de 2015, por un valor TRES MILLONES SESENTA MIL PESOS ($3.060.000).
7. No. **1375** de fecha 17 de Junio de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del día 25 de Junio hasta el 31 de Diciembre de 2015, por un valor de NUEVE MILLONES CIEN MIL PESOS ($9.100.000).
8. No. **372** de fecha 05 de Enero de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del día 05 hasta el 31 de Enero de 2016, por un valor de UN MILLON QUINIENTOS TREINTA MIL PESOS ($1.530.000).
9. No. **888** de fecha 02 de Febrero de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del día 02 de Febrero hasta el 31 de Marzo de 2016, por un valor de TRES MILLONES SESENTA MIL PESOS ($3.060.000).
10. No. **1620** de fecha 01 de Abril de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Abril hasta el 30 de Junio de 2016, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA MIL PESOS ($4.590.000).
11. No. **2483** de fecha 01 de Julio de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Julio hasta el 31 de Agosto de 2016, por un valor de TRES MILLONES SESENTA MIL PESOS ($3.060.000).
12. No. **2878** de fecha 01 de Septiembre de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Septiembre hasta el 31 de Octubre de 2016, por un valor de TRES MILLONES SESENTA MIL PESOS ($3.060.000).

Ingrid C

Scanned with CamScanner

13 No. **3780** de fecha 02 de Noviembre de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del día 02 de Noviembre hasta el 31 de Diciembre de 2016, por un valor de TRES MILLONES SESENTA MIL PESOS ($3.060.000).

14 No. **342** de fecha 03 de Enero de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 03 de Enero hasta el 30 de Junio de 2017, por un valor de NUEVE MILLONES CIENTO OCHENTA MIL PESOS ($9.180.000).

15 No. **1184** de fecha 04 de Julio de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 04 de Julio hasta el 31 de Agosto de 2017, por un valor de TRES MILLONES SESENTA MIL PESOS ($3.060.000).

16 No. **1792** de fecha 04 de Septiembre de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 04 de Septiembre hasta el 30 de Septiembre de 2017, por un valor de UN MILLON QUINIENTOS TREINTA MIL PESOS ($1.530.000).

17 No. **2543** de fecha 05 de Octubre de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 05 de Octubre hasta el 30 de Noviembre de 2017, por un valor de TRES MILLONES SESENTA MIL PESOS ($3.060.000).

18 **ADICION Y PROOROGA** NO 01 de fecha 30 de noviembre de 2017, de la orden de prestación de servicio NO **2543** del 1 al 31 de diciembre de 2017 por un valor de UN MILLON QUINIENTOS TREINTA MIL PESOS ($1.530.000).

19 No. **654** de fecha 05 de Enero de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del día 05 de Enero hasta el 30 de Junio de 2018, por un valor de NUEVE MILLONES CIENTO OCHENTA MIL PESOS ($9.180.000).

20 No **883** de fecha 03 de Julio de 2018 con un plazo de ejecución contado a partir del 03 de Julio al 30 de Septiembre de 2018, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA MIL PESOS ($4.590.000).

21 No. **2491** de fecha 01 de Octubre de 2018 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Octubre al 31 de Diciembre de 2018, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA MIL PESOS ($4.590.000).

22 No. **403** de fecha 02 de Enero de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del día 02 de Enero hasta el 30 de Junio de 2019, por un valor de NUEVE MILLONES SETECIENTOS TREINTA MIL OCHOCIENTOS PESOS ($9.730.800).

23 No. **1726** de fecha 02 de Julio de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Julio al 31 de Octubre de 2019, por un valor de SEIS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS PESOS ($6.487.200).

24 No. **2632** de fecha 01 de Noviembre de 2019 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2019, por un valor de TRES MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL SEISCIENTO PESOS ($3.243.600).

25 No. **073** de fecha 02 de Enero de 2020 con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Enero al 30 de Abril de 2020, por un valor de CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS PESOS ($6.487.200).

26 No **1065** de fecha 01 de Mayo de 2020 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Mayo al 30 de Junio de 2020, por un valor de TRES MILLONES SETECIENTOS DIEZ MIL PESOS ($3.710.000).

27 No. **1782** de fecha 01 de Julio de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 30 de Septiembre de 2020, por un valor de CINCO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS ($5.565.000).

28 No.**2644** de fecha 01 de Octubre de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Octubre al 31 de

Scanned with CamScanner

Diciembre de 2020, por un valor CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).

29. No. **066** de fecha 01 de Enero de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Enero al 31 de Marzo de 2021, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).
30. No. **1112** de fecha 01 de Abril de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Abril al 30 de Junio de 2021, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).
31. No. **2699** de fecha 01 de julio de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de julio al 31 de agosto de 2021, por un valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($3.800.000).
32. **ADICIÓN Y PRORROGA No. 001** de la orden **No. 2699** de fecha 31 de agosto de 2021, con un plazo de ejecución del 01 al 30 de septiembre de 2021, por un valor de UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS ($1.900.000).
33. No. **2996** de fecha 01 de octubre de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 al 31 de octubre de 2021, por un valor de UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS ($1.900.000).
34. No. **3980** de fecha 02 de noviembre de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de noviembre al 30 de noviembre de 2021, por un valor de UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS ($1.900.000).
35. No. **4152** de fecha 01 de diciembre de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de diciembre al 31 de diciembre de 2021, por un valor de UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS ($1.900.000).
36. No. **732** de fecha 01 de enero de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 28 de febrero 2022, por un valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($3.800.000).
37. No. **1064** de fecha 01 de marzo de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de marzo al 31 de marzo de 2022, por un valor de UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS ($1.900.000).
38. No. **1364** de fecha 01 de abril de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 31 de mayo 2022, por un valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($3.800.000).
39. No. **2253** de fecha 01 de junio de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de junio al 31 de julio 2022, por un valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($3.800.000).
40. No. **CD20222616** de fecha 01 de agosto de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de agosto al 31 de octubre de 2022, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).
41. Mediante acta de suspensión a la orden de prestación de servicios **No. CD20222616** del 01 agosto de 2022, acuerdan **Suspender** temporalmente el plazo de la ejecución de la orden de prestación de servicio, durante el periodo comprendido entre el 05 de octubre de 2022, hasta el 05 de abril de 2023.
42. No. **CD20232095** de fecha 04 de abril de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 07 de abril al 31 de mayo 2023, por un valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($3.800.000).
43. **ADICION EN TIEMPO Y VALOR** de fecha 01 de junio de 2023, a la orden de prestación de servicio **No. CD20232095,** con un plazo de ejecución del 01

Ingrid

Scanned with CamScanner

de junio al 30 de junio de 2023, por un valor de UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS ($1.900.000).

44. No. **CD20232826** de fecha 05 de julio de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 06 de julio al 30 de septiembre de 2023, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).
45. No. **CD20233985** de fecha 05 de octubre de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 13 de octubre al 31 de diciembre de 2023, con un valor de CINCO MILLONES SETESCIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).

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

46. No. **CD20240739** de fecha 13 de enero de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 16 de enero al 31 de enero de 2024, con un valor de UN MILLON NOVESCIENTOS MIL PESOS ($1.900.000).
47. No. **CD20241786** de fecha 06 de febrero de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 19 de febrero al 29 de febrero de 2024, con un valor de DOS MILLONES CIEN MIL PESOS ($2.100.000).
48. No. **CD20242178** de fecha 01 de marzo de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de marzo al 31 de marzo de 2024, con un valor de DOS MILLONES CIEN MIL PESOS ($2.100.000).
49. No. **CD20243356** de fecha 30 de marzo de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 30 de abril de 2024, con un valor de DOS MILLONES CIEN MIL PESOS ($2.100.000).
50. No. **CD20243554** de fecha 03 de mayo de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 07 de mayo al 30 de junio de 2024, con un valor de CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($4.200.000)
51. No. **CD20243932** de fecha 01 de julio de 2024, con plazo de ejecución contado a partir del 09 de julio al 31 de julio de 2024, con un valor de DOS MILLONES CIEN MIL PESOS ($2.100.000).
52. No. **CD20244223** de fecha 01 de agosto de 2024, con plazo de ejecución contado a partir del 05 de agosto al 30 de septiembre de 2024, con un valor de CUATRO MILLONES DOSCIENTOS 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.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los veintisiete (27) días del mes de agosto de 2024

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

ELABORÓ: INGRID JHOANA OSPINO LIZCANO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA.

Scanned with CamScanner

EMPRESA ASOCIATIVA DE TRABAJO PARA LOS SERVICIOS
INTEGRALES DE LA SALUD
"SERVISALUD DEL CARIBE E.A.T."
N.I.T. 900.381.618-1
Calle 23 No. 4- 27 Edificio Centro Ejecutivo Oficina 234 Teléfono: 4212090 Santa Marta

LA COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CERTIFICA

Que **ELIANA COHEN VENGOECHA,** identificada con la Cedula de Ciudadanía No. **57.294.849, LABORO** en esta empresa desde el Tres (03) de Enero de 2011 hasta el Treinta (30) de Junio de 2011, en el cargo de **TECNICO ADMINISTRATIVO – FACTURACION** en la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS,** con una compensación mensual de **OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/L ($ 850.000).**

La presente se expide a solicitud del interesado a los Veinticuatro (24) días del mes de Febrero de 2.012

Atentamente,

HASLEIDYS ARANGO POLO
Coordinadora Administrativa

SERVISALUD DEL CARIBE.ES S.A.S.

N.I.T. 900.435.141-2
Calle 23 No. 4-27 Oficina234 Edificio Centro Ejecutivo Teléfono: 4212090 Santa Marta Magdalena

LA COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CERTIFICA

Que **ELIANA COHEN VENGOECHA,** identificada con la Cedula de Ciudadanía No. **57.294.849, LABORO** en esta empresa desde el Primero (01) de Julio de 2.011 hasta el Treinta y uno (31) de Diciembre de 2.011, en el cargo de **TECNICO ADMINISTRATIVO – FACTURACION,** en la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS,** su tipo de contrato es a término definido, con un salario mensual de **OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/L ($850.000)**

La presente se expide a solicitud del interesado a los Veinticuatro (24) días del mes de Febrero de 2.012

Atentamente,

HASLEIDYS ARANGO POLO
Coordinadora Administrativa

SERVISALUD DEL CARIBE.ES S.A.S.

N.I.T. 900.435.141-2
Calle 23 No. 4-27 Oficina 304 Edificio Centro Ejecutivo Teléfono: 4212090 Santa Marta Magdalena

LA COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CERTIFICA

Que **ELIANA COHEN VENGOECHA,** identificada con la Cedula de Ciudadanía No. **57.294.849, LABORO** en esta empresa desde el Primero (01) de Junio de 2012 hasta el Treinta y uno (31) de enero de 2013, en el cargo de **TÉCNICO ADMINISTRATIVO–FACTURACIÓN,** en la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS,** su tipo de contrato es a término definido. Con un salario mensual de **NOVECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/L ($950.000).**

Se expide el presente documento, de acuerdo a Ley, para los fines que el interesado crea conveniente, en Santa Marta a los veintisiete (27) días del mes de junio del año dos mil trece (2013).

Atentamente,

SERVISALUD DEL CARIBE.ES S.A.S. NIT. 900.435.141-2

MARILY HERRERA GAMEZ
Coordinadora Administrativa

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 57294849 **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 10:10 AM

Código Verificación: **DC921MZ63Q**

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	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2024-06-19 16:23

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ELIANA	MARIET	COHEN	VENGOECHEA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	57294849

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	$15.600.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$15.600.000,00

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

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

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 [X] No [ ]

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 [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JULIO	CESAR	GARCIA	CARDONA

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 84457040

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:

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Eliana Mariet Cohen Vengoechea, identificado(a) con CC número 57294849, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 57294849
NOMBRES Y APELLIDOS	Eliana Mariet Cohen Vengoechea
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	28/04/1983
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/05/2016
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	240 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	181 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/05/2016
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 57294849 ELIANA MARIET COHEN VENGOECHEA Desde 01/01/2023 - Vigente

Generado por interfaces 27/11/2024

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

ELIANA MARIET COHEN VENGOECHEA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **57.294.849**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Noviembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

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	FACTURACION	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos ELIANA MARIETH COHEN VENGOCHEA												Sexo			
												M		F	X

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	57294849	SANTA MARTA	14/08/2001

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		2			X		X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
29	4	1983	SANTA MARTA	MZ 76 CASA 8 APTO 201 CIUDADELA 29 DE JULIO	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
ecohenv@gmail.com	3215034075	

Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado	x	Hogar		Jubilado				0	0	1	0

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
	ASALARIADOS

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
ESE HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privada			Mixta		Otra, cual?	APOYO ADMINISTRATIVO

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

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 1.700.000			Total Egresos mensules 1.700.000				
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales				
Total Activos			Total Pasivos				
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12	Año 2021	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: INGRESOS MENSUALES

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



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).

Eliana Cohen

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento