

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.082.982.142
GONZALEZ GONZALEZ

APELLIDOS
ELISBETH

NOMBRES
Elisbeth Gonzalez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-MAR-1994
EL CARMEN DE BOLIVAR
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

17-ABR-2012 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-2100100-00384590-F-1082982142-20120628 0030322312A 2 38202291

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1082982142**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1082982142	GONZALEZ	GONZALEZ	ELISBETH		2023-09-12, 2:57 pm

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	1082982142	GONZALEZ	GONZALEZ	ELISBETH	NO TIENE	2023-10-05, 2:34 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2024.

El(la) suscrito(a) **ELISBETH GONZALEZ GONZALEZ** identificado con C.C./C.E./P.P **No. 1,082,982,142** 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 de 2024.

Firma Elisbeth Gonzalez G.
Nombre ELISBETH GONZALEZ GONZALEZ
Cédula 1,082,982,142

COPIA CONTROLADA

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

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	TECNICO ADMINISTRARIVO
Título	Sr.
Nombre	ELISBETH
Apellidos	GONZALEZ GONZALEZ
Fecha de Nacimiento	19/03/1994 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	ELISBETH GONZALEZ GONZALEZ
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1.082.982.142
Dirección	
Código postal	
Estrato	2
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	ELISGO19@GMAIL.COM
Teléfono	
Celular	3009837786
Nivel Educativo	Universitaria completa (con título)

Configuración

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

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es tu apodo?
Respuesta	SAMUEL
SMS para recuperar la contraseña	3009837786

Editar

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

Doctora:
NORA ELVIRA ANILLO ROMERO

GERENTE:
E.S E Hospital universitario julio Méndez Barreneche

Cordial saludo:

Yo **ELISBETH GONZALEZ GONZALEZ** identificado con cedula de ciudadanía N. **1082982142** de santa marta, mediante el presenté me permito dejar en consideración lo siguiente:

Prestar mis servicios como profesional de apoyo administrativo, con responsabilidad y eficiencia, respondiendo por las metas y objetivos encomendados por mi jefe a cargo dando apoyo administrativo donde lo requiera el ente.

Agradeciendo su amable colaboración

Cordialmente.

Elisbeth Gonzalez G.

ELISBETH GONZALEZ GONZALEZ

CC. 1082982142

Direccion:kr34#10-19 BARRIO BASTIDAS
Teléfono: 3009837786
Correo Electrónico: elisgo19@gmail.com

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141037852063

(415)7707212489984(8020) 000014103785206 3

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

IDENTIFICACIÓN

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

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
GONZALEZ	GONZALEZ	ELISBETH	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
SODA LOKA MICHELADAS - CARMEN DE BOLIVAR	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	El Carmen de Bolívar 2 4 4

41. Dirección principal: CL 25 CR 52 ESQ

42. Correo electrónico: elisgo19@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 9 8 3 7 7 8 6	3 1 4 7 4 6 8 7 5 6

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
4 7 2 4	2 0 2 0 0 2 0 7	6 9 2 0	2 0 2 2 0 2 0 1					

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
4 9																									

53. Código 49

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 05 - 02 / 11 : 34: 34

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GONZALEZ GONZALEZ ELISBETH

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
Gonzalez	Gonzalez	Elisbeth

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1082982142	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 19 MES 03 AÑO 1994	CARRERA 34 10 19			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	BOLÍVAR	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	EL CARMEN DE BOLÍVAR	TELÉFONO	3009837786	EMAIL	elisgo19@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	2011
										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	10	X		CONTADURIA PUBLICA	11	2018	307956-T
PREGRADO	10	X		CONTADURIA PUBLICA	02	2019	

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	01	*Mes*	09	*Año*	2024	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO		*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

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	02	*Mes*	08	*Año*	2024	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO		*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO		*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

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	04	*Mes*	04	*Año*	2024	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMNISTARTIVO		*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

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	06	*Mes*	03	*Año*	2024	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO		*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y 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 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	20	*Mes*	02	*Año*	2024	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO		*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

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	17	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO		*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

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	21	*Mes*	11	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO		*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

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	23	*Mes*	10	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO		*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD GIOVANI CRISTINI -CARMEN DE BOLIVAR			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOLÍVAR		*MUNICIPIO* EL CARMEN DE BOLÍVAR					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUX. TESORERIA		*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y TESORERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 28 39 0					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2012	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* AUXILAR ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CARRERA 10 5 25					

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	7	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	3

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 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,Noviembre de 2024**

Elisbeth Gonzalez G.

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

Elisbeth Gonzalez G.

DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 31 de Diciembre de 1981 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 101 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1810 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 04-1194-2019

PROGRAMA :	CONTADURÍA PÚBLICA
CODIGO SNIES:	1630
FECHA GRADO:	22 DE MARZO DE 2019
LUGAR:	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS SANTA MARTA

En atención a que ELISBETH GONZALEZ GONZALEZ
con Cédula de Ciudadanía No 1.082.982.142 de Santa Marta
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de: CONTADORA PÚBLICA.

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico del Campus Santa Marta, mediante acta No 003 en sesión del día 22 de febrero de 2019.

Para constancia se citan en este título las autoridades competentes: Rector(a), Director(a) de Campus, Decano(a) facultad y Secretario(a) General de la Universidad, así:

Rector(a):	MARITZA RONDON RANGEL
Director(a) de Campus:	ADRIANA SANTARELLI FRANCO
Decano(a) facultad:	MARTA ELIANA GOMEZ SANTRICH
Secretario(a) General:	GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de Santa Marta el día 22 DE MARZO DE 2019

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario(a) General

Vigilada Mineducacion

028911

TERMAS GRAU A 01/08

INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICA INDUSTRIAL
"JUAN FEDERICO HOLLMANN"
EL CARMEN DE BOLÍVAR (BOLÍVAR)

DANE 113244003116

Jornada DIURNA

Acta de Grado

En la ciudad de El Carmen de Bolívar, a los 9 días del mes de diciembre del año 2011, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la **INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICA INDUSTRIAL "JUAN FEDERICO HOLLMANN**, Institución aprobada hasta undécimo grado en el nivel de Educación Media TÉCNICA y reconocida oficialmente por la Secretaria de Educación y Cultura del Departamento de Bolívar para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad TÉCNICA, según Resolución No. 0306 del 07 de octubre de 2005.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media TÉCNICA, llenando los requisitos del respectivo Proyecto Educativo Institucional, se procedió a otorgar el TÍTULO DE:

BACHILLER TÉCNICO
ESPECIALIDAD FUNDICIÓN

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

GONZÁLEZ GONZÁLEZ ELISBETH
T.I. 940319-11332 DE EL CARMEN DE BOLÍVAR

El Notario Único del Circuito de El Carmen de Bolívar Da Fé que esta copia coincide con el original que ha tenido a la vista
EUGENE ANDRADE REDONDO
El Carmen de B. 10 MAY 2012

Es fiel copia tomada del Acta General de Graduación No. 36 de fecha 9 de diciembre de 2011 que contiene 129 estudiantes graduandos, que inicia con FLÓREZ PALENCIA ROSA ANGÉLICA y termina con TORRES TORRES ENRIQUE.

En constancia se firma la presente, por quienes en ella intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el Artículo 7 del Decreto 180 de 1981:

Rector: WILLIAM WILFRET TORRES TORRES y Secretaria: MYRIAN URIBE LASCARRO

Dada en El Carmen de Bolívar, a los 9 días del mes de diciembre del año 2011.

Rector,
C.C. No. 9.112.215

Secretaria,
C.C. No. 33.248.568

Dra. MERY LUZ JAM ARRIETA
Médico Especialista en Salud Ocupacional
T.P.:10293 Lic. S.O. 1090

Nombre y Apellidos : ELISBETH GONZALEZ GONZALEZ	**Sexo: Femenina**
Tipo de Documento : 1.082.982.142	**Fecha de nacimiento: 19 /03/1994**
Empresa ; ESE Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche	**Edad: 29 Años**
Ciudad: Santa Marta - Magdalena Fecha de Examen : 25 /09 /2023	**Peso : 70 kgs Estatura : 1.55**

EXAMENES REALIZADOS

Examen Médico Ocupacional , Audiometría, Visionaria

RESUMEN DE RESULTADOS

Audiometría: Normal
Visionaria : Normal

CONCEPTO

SIN RESTRICIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

RECOMENDACIONES

ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Firma y sello

Mery Luz Jam Arrieta
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Reg. Med. General 0293
Lic SO. 1090

Firma del Trabajador

Puerto de Santa Marta
Sociedad Portuaria

BIENESTAR FAMILIAR

ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA HOGAR INFANTIL PEDRO LEON ACOSTA DE GAIRA

CARRERA 10 N° 5 -25 GAIRA
TELEFONO:4229859

LA SUSCRITA DIRECTORA DEL HOFAR INFANTIL

HACE CONSTAR

Que la señora ELISBETH GONZALEZ GONZALEZ, identificada con la cedula de ciudadanía N°1082982142 de Santa Marta, laboro en nuestra institución como Auxiliar Administrativo, Su ingreso fue en marzo del 2012 y su contrato termino el 31 de octubre del 2016 este contrato fue a término fijo.

Esta certificación expedida en gaira a los 27 días del mes de noviembre del 2016.

ARCELIA ROMERO
ARCELIA ROMERO E.
Directora, Hogar Infantil Pedro León Acosta.

ESE CENTRO DE SALUD GIOVANNI CRISTINI
DE EL CARMEN DE BOLIVAR
NIT 806007801-9

EL SUSCRITO CONTADOR Y REPRESENTANTE LEGAL DE LA E.S.E CENTRO DE SALUD GIOVANNI CRISTINI DE EL CARMEN DE BOLIVAR

CERTIFICA

Que el Señora **ELISBETH GONZALEZ GONZALEZ**, mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía N°. 1.082.982.142, de el Carmen de Bolívar labora en esta entidad como ASISTENTE EN FORMACION EN EL AREA DE TESORERIA de la E.S.E CENTRO DE SALUD GIOVANNI CRISTINI del municipio del Carmen de Bolívar, desde el día primero (01) Julio del año dos mil Veintiuno (2021) hasta la fecha de la vigencia dos mil Veintidós (2022). Cumpliendo íntegramente con las obligaciones, cuyo objeto es prestar sus servicios como ASISTENTE EN FORMACION EN EL AREA DE TESORERIA de la entidad realizando las siguientes Actividades:

- Prestar sus servicios Profesionales como Apoyo profesional a la Gestión del área contable – presupuesto y tesorería de ese centro de salud Giovanni Cristini del Carmen de Bolívar.
- Apoyó a la gestión en el desarrollo de las actividades desarrolladas por las áreas de contabilidad, presupuesto, tesorería.
- Apoyar en la realización de órdenes de servicios, conciliaciones bancarias y órdenes de pago.
- apoyar en las auditorias de las cuentas por pagar de la empresa y su depuración
- Preparar y organizar la información que debe presentar el jefe inmediato a) brindar apoyo en los asuntos contables y presupuestales de la entidad como auxiliar b) brindar apoyo en el proceso de cierre de la caja menor de la entidad e) verificar el pago de las planillas a seguridad social por parte de las cuentas registradas para pago.

- Apoyar al personal de la dependencia en la trascripción y presentación de informes.
- Apoyar el reporte, diligenciamiento y envío de la información contable y presupuestal que sea solicitada a través de las plataformas.
- Efectuar los registros y operaciones presupuéstales y contables.

Para mayor constancia se firma en el Carmen de Bolívar a los 29 días del mes de Octubre del año 2022.

Atentamente,

ROSMERY RAMOS MILANEZ
CC# 25.801.867
Representante Legal ESE CSGC
Cel: 3046085179

MARIO HOYOS MARTINEZ
CC# 72.258.125
Contador ESE CSGC
TP# 119950 – T
Cel: 3004334160

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 **ELISBETH GONZÁLEZ GONZÁLEZ**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **1.082.982.142** expedida en Santa Marta (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE",** los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **CD20234405** de fecha 20 de octubre de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 23 de octubre al 31 de octubre de 2023, por un valor de UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS ($1.900.000).
2. No. **CD20234653** de fecha 16 de noviembre de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 21 de noviembre al 31 de diciembre de 2023, por un valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($3.800.000).
3. No. **CD20240740** de fecha 13 de enero de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 17 de enero al 31 de enero de 2024, por un valor de UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS ($1.900.000).
4. No. **CD20242041** de fecha 20 de febrero de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 20 de febrero al 29 de febrero de 2024, por un valor de DOS MILLONES CIEN MIL PESOS ($2.100.000).
5. No. **CD20242333** de fecha 05 de marzo de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 06 de marzo al 31 de marzo de 2024, por un valor de DOS MILLONES CIEN MIL PESOS ($2.100.000).

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACIÓN DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los quince (15) días del mes de marzo de 2024.

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

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

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

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1082982142 **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 23/09/2024 10:39 AM

Código Verificación: **JL8FUQWH5C**

Válida hasta: **22/12/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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)

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	**Segundo nombre**	**Primer apellido**	**Segundo apellido**
ELISBETH		**GONZALEZ**	**GONZALEZ**

Documento de identificación

C.C. [X] C.E. [ ] T.I [ ] NIT. [ ] Número 1.082.982.142

Lugar de Nacimiento

País COLOMBIA Departamento BOLIVAR Municipio EL CARMEN DE BOLIVAR

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 HOSPITALUNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Cargo o función que cumple

APOYO ADMINISTRATIVO FATURACION

Lugar de sede

País COLOMBIA Departamento MAGDALENA Municipio SANTA MARTA

Dirección CARRERA 14 # 23-42

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LO CONSAGRADO EN LA LEY 2013 DE 2019, 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

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$1.900.000
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	**$1.900.000**

b) Las cuentas bancarias que poseo en Colombia y en el exterior son:

TIPO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA (PAÍS)	SALDO DE LA CUENTA A DICIEMBRE 31 DEL AÑO ANTERIOR
AHORROS	COLOMBIA	$ -

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	PAÍS DE UBICACIÓN	DEPARTAMENTO DE UBICACIÓN	MUNICIPIO DE UBICACIÓN	VALOR

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

CONCEPTO	SALDO

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

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas y Consejos Directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO	PAÍS

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

a) 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 DE PARTICIPACIÓN

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LA REGISTRO EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, Y CONFORME A LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 40 DE LA LEY 734 DE 2002 Y 11 DE LA LEY 1437 DE 2011. PARA EL CASO DE LOS CONGRESISTAS, TAMBIEN SE DA CUMPLIMIENTO A LA LEY 2003 DE 2019.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

INFORMACIÓN DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

En la actualidad tengo sociedad conyugal o de hecho vigente **SI** [ ] **NO** [X]

NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)	TIPO DE SOCIEDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES DE CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

A continuación, se registra información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, solo cuando sea susceptible de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeña

De conformidad con el literal d) del artículo 2° de la ley 2003 de 2019, los congresistas deberán relacionar la información de los parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil.

PARIENTES HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

PARENTESCO	NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)				DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	Primer nombre	Segundo Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	
Hijo(a)	SAMUEL		MARTINEZ	GONZALEZ	1,235,545,047

2.3 DE PARTICIPACIÓN EN GREMIOS, SINDICATOS, GRUPOS SOCIALES O ECONÓMICOS U ORGANIZACIONES CON ÁNIMO Y SIN ÁNIMO DE LUCRO

a) Participación en gremios, sindicatos, grupos sociales o económicos u organizaciones con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera):

GREMIO, SINDICATO, GRUPO SOCIAL O ECONÓMICO U ORGANIZACIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

2.4. OTRAS INVERSIONES

a) 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

b) Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario en Colombia y en el exterior u otros son:

TIPO DE INVERSIÓN	VALOR	PAÍS

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

a) Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta en el último año y los nombres de las instituciones a las cuales hice donaciones son:

NOMBRE	VALOR DE LA DONACIÓN

2.6 POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

a) Escriba otros intereses personales que podrían constituir una posible situación de conflicto de intereses, por ejemplo:
- Actividades que desempeño, negocios, establecimientos que poseo etc.
- Actividades o negocios de mi cónyuge o compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, de acuerdo con lo descrito en los numerales 2.1 y 2.2
- Actividades o negocios de mi socio de derecho o hecho

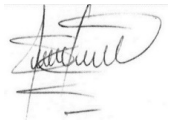
DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL CONFLICTO DE INTERESES

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ELISBETH GONZALEZ GONZALEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1082982142,** se encuentra afiliado/a desde **28/06/2013** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 24 de Noviembre de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

mutualser
Atención sin tanta vuelta

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **GONZALEZ GONZALEZ ELISBETH** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1082982142** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

Estado de la Afiliación:	**Activo**
IPS de atención:	**FUNDACION PROMAGDALENA**
Categoría:	**A**
Fecha de afiliación:	**05/06/2019**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 24 de Noviembre del 2024. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web www.mutualser.com opción Ser Afiliado
- Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,



LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.org
MUTUAL SER EPS

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	ELISBETH GONZALEZ GONZALEZ	Sexo			
		M		F	X

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1082982142	SANTA MARTA	17/04/2012

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	1	X			X	

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
19	3	1994	EL CARMEN DE BOLIVAR	CARRERA 34# 10-19	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
ELISGO19@GMAIL.COM	3009837786	

Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado			4	7	2	4

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
PRESTAR LOS SERVICIOS DE BEBIDAS PREPARADAS	Comercio al por menor de bebidas y productos del tabaco, en establecimientos especializados

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	$1.900.000	Total Egresos mensules	$1.900.000
Otros Ingresos Mensules		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO	x

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO

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

NO

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: SON RESULTADO DE MI TRABAJO_ 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. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos



Elisbeth Gonzalez G.

5. FIRMA Y HUELLA

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

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento