REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.047.413.152**

ROBLES LUBO

APELLIDOS

MAYRA ALEJANDRA

NOMBRES

Mayra Robles

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-OCT-1989**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-NOV-2007 CARTAGENA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0500100-00077381-F-1047413152-20080924 0003661657A 1 28198432

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1047413152**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1047413152	ROBLES	LUBO	MAYRA	ALEJANDRA	2023-07-07, 1:58 pm
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	1047413152	ROBLES	LUBO	MAYRA	ALEJANDRA	2023-08-30, 10:53 am
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
3	1047413152	ROBLES	LUBO	MAYRA	ALEJANDRA	2024-06-17, 11:52 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2024.

El(la) suscrito(a) **MAYRA ALEJANDRA ROBLES LUBO** identificado con C.C./C.E./P.P No. **1047413152** expedida en **Cartagena**, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 27 del mes de Noviembre de 2024.

Firma 
Nombre **MAYRA ALEJANDRA ROBLES LUBO**
Cédula **1047413152 DE CARTAGENA**

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	
Título	
Nombre	MAYRA ALEJANDRA
Apellidos	ROBLES LUBO
Fecha de Nacimiento	12/10/1989 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	MAYRA ALEJANDRA ROBLES LUBO
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1047413152
Dirección	
Código postal	
Estrato	3
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	mayrarobleslubo@gmail.com
Teléfono	
Celular	3044870262
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

Configuración

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

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es su número de teléfono?
Respuesta	3044870262
SMS para recuperar la contraseña	3044870262

Editar

Santa Marta, 27 de Noviembre del 2024

Señor(es)
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Dra. NORA ELVIRA ANILLO ROMERO
GERENTE (E)

Cordial saludo

Por medio de la presenta pongo a su disposición mis servicios como Técnico Auxiliar en Contabilidad Sistematizada 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;



MAYRA ALEJANDRA ROBLES LUBO
CC 1047413152 de Cartagena – Bolívar

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14924847254

(415)7707212489984(8020) 000001492484725 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 4 7 4 1 3 1 5 2	6	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	1 0 4 7 4 1 3 1 5 2	2 0 0 7 1 1 3 0

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROBLES	LUBO	MAYRA	ALEJANDRA

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: CL 8 4 36 BRR PESCADITO

42. Correo electrónico: mayrarobleslubo@gmail.com

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

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
6 9 2 0	2 0 1 3 0 7 0 2							

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 2 2																									

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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 2023 - 07 - 07 / 15 : 37: 45

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 ROBLES LUBO MAYRA ALEJANDRA

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
Robles	Lubo	Mayra Alejandra

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1047413152	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 12 MES 10 AÑO 1989	CALLE 8 4 36 calle 8 No 4 36			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO		EMAIL	mayrarobleslubo@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2006
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	1	X		AUXILIAR DE CONTABILIDAD	03	2010	
PREGRADO	1	X		ADMINISTRADOR DE RECURSOS HUMANOS	03	2011	

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	19	*Mes*	10	*Año* 2024	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 39 FACTURADOR	*DEPENDENCIA* AREA DE FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 carrera 14 No 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 6054346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	08	*Año* 2024	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 39 FACTURADOR	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 Carrera 14 No 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	09	*Mes*	07	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL FACTURADORA	*DEPENDENCIA* AREA FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 Carrera 14 No 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	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2024	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL FACTURADORA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 CARRERA 14 No 23 43						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	03	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL FACTURADORA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 CARRERA 14 No 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		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	02	*Año*	2024	*Día*	29	*Mes*	02	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL FACTURADORA		*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 CARRERA 14 No 23 43					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL FACTURADORA		*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO(A)					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 CARRERA 14 No 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		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	10	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL FACTURADORA		*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 CARRERA 14 No 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		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	09	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL FACTURADORA		*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO					*DIRECCIÓN*					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	07	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	08	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL FACTURADORA		*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 CARRERA 14 No 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 ASEO COLOMBIA DISTRIBUCIONES Y SUMINISTRO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* VALLEDUPAR					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3232291166	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2018	*Día*	15	*Mes*	04	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AASISTENTE ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CALLE 19D 13 53 CALLE 19D No 13 53 LA GRANJA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SOLUCIONES DE EMPLEO SAS (COMPAÑIA LIBERTADOR LTDA)			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA DE INDIAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	04	*Año* 2018	*Día*	03	*Mes*	08	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TAQUILLERA RECEPCIONISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA Y OPERTATIVA					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SOLUCIONES DE EMPLEO SAS (COMPAÑIA LIBERTADOR LTDA)			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3183590795	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2017	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE AUTORIZACIONES	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA -OPERATIVA					*DIRECCIÓN* CALLE 22 18 57 CALLE 22 No 18A 57 LOCAL 101						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SOLUCIONES DE EMPLEO S.A.S			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3183590795	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	07	*Año* 2013	*Día*	15	*Mes*	09	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE ADM TALENTO HUMANO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y OPERATIVO					*DIRECCIÓN* CALLE 22 18 57 CALLE 22 No 18A 57 LOCAL 101						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SOLUCIONES DE EMPLEO SAS (COMPAÑIA LIBERTADOR LTDA)			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3183590795	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	17	*Mes*	03	*Año* 2013	*Día*	03	*Mes*	07	*Año*	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TAQUILLERA RECEPCIONISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO - OPERATIVO					*DIRECCIÓN* CALLE 22 18 57 CALLE 22 No 18A 57 LOCAL 101						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SOLUCIONES DE EMPLEO SAS (COMPAÑIA LIBERTADOR LTDA)			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3183590795	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	02	*Año* 2012	*Día*	15	*Mes*	02	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL TAQUILLERA RECEPCIONISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA					*DIRECCIÓN* CALLE 22 18A 57 CALLE 22 No 18A 57 LOCAL 101					

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	1	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	9	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	10	10

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 27 de Noviembre



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

Acta Individual de Grado

INSCRIPCIÓN S.E _____

INSCRIPCION DANE ~~147001-000285~~

JORNADA Tarde

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL MAGDALENA SEDE 1 INSTITUTO MAGDALENA

Santa Marta

En la ciudad de Santa Marta a los 06 días del mes de Diciembre del año 2006 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaría en la rectoría del ***INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL MAGDALENA SEDE 1 INSTITUTO MAGDALENA***, Institución aprobada hasta Undécimo Grado en el nivel de Educación Media Técnica y autorizada por Secretaria de Educación Distrital para otorgar el titulo de Bachiller en la Modalidad COMERCIAL según Resolución Número 884 28 de Noviembre de 2002

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnico, se procedió a otorgar el TITULO DE

BACHILLER TECNICO CON ESPECIALIDAD COMERCIAL

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

Apellidos y Nombres	Numero Doc Identidad
ROBLES LUBO MAYRA ALEJANDRA	59138 de Sta Mta

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 018 de fecha 06 Diciembre de 2006 consta de **84** alumnos, que comienzan con el nombre de ALVEAR PINZON SINDY ROXANA y se cierra con el nombre de **ZEA REYES TIBISAY PAOLA**

Firmado y sellado por **CARMEN CASTRO MESA** (Rector) y **CARMEN ESCOBAR GRANADOS** (Secretaría)

Dada en Santa Marta a los 06 días del mes de Diciembre de 2006.

CARMEN CASTRO MESA
La Rectora
C.C. No. 32,469,368 De Medellín

CARMEN ESCOBAR GRANADOS
La Secretaria
C.C. No. 36,522,202 De Santa Marta

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

MAYRA ALEJANDRA ROBLES LUBO

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1047413152

Cursó y aprobó la acción de Formación

ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Manizales a los Diecisiete (17) días del mes de Marzo de Dos Mil Once (2011)

JULIAN MUÑOZ ARIAS
SUBDIRECTOR CENTRO PARA LA FORMACIÓN CAFETERA
REGIONAL CALDAS

SGCV20113063844

SGCV20113063844 17/03/2011
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

000236

Santa Marta, 27 de junio de 2023

EL DIRECTOR

CERTIFICA:

Que la aprendiz, **ROBLES LUBO MAYRA ALEJANDRA**, identificada con Cedula de Ciudadanía Nº **1.047.413.152**, cursó y aprobó en nuestra institución la etapa lectiva del programa de formación **AUXILIAR EN CONTABILIDAD SISTEMATIZADA.**

Este certificado se expide a solicitud de la persona interesada.

HUGO MONTERO ESCOBAR

Liseth G.

Certificado de Aptitud Laboral Ingreso

Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 12/Jul/2023, **Hora:** 03:07:32 p.m.
HC: # 80059
Apellido: Robles Lubo **Nombre:** Mayra Elejandra **Edad:** 33 años
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1047413152 **Sexo:** Femenino
Empresa: Particular **Nacim:** 12/Oct/1989
Cargo: No Aplica **Rh:** O+
Direccion: Calle 8 No 4 -36 Pescaito
Telefono: **Celular:** 3044870263 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 71 Kg **Estatura:** 157 Cm **IMC:** 28.8 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Sanitas **ARL:** Sin Definir **AFP:** Colpensiones

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

Mayra Elejandra Robles Lubo
CC 1047413152

Huella Digital

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 **MAYRA ALEJANDRA ROBLES LUBO**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **1.047.413.162** 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. **CD20232927** de fecha 10 de julio de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 17 de julio al 31 de agosto de 2023, por un valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($3.800.000).

2. No. **CD20233371** de fecha 05 de septiembre de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 06 de septiembre al 30 de septiembre de 2023, por un valor de UN MILLON NOVESCIENTOS MIL PESOS ($1.900.000).

3. No. **CD20234013** de fecha 06 de octubre de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 13 de octubre al 31 de diciembre de 2023, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS 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.

4. No. **CD20240768** 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, por un valor de UN MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($1.900.000).

5. No. **CD20241811** 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, por un valor de DOS MILLONES CIEN MIL PESOS ($2.100.000).
6. No. **CD20242197** de fecha 02 de marzo de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir de 02 de marzo al 31 de marzo de 2024, por un valor de DOS MILLONES CIEN MIL PESOS ($2.100.000).

7. No. **CD20243382** de fecha 30 de marzo de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir de 01 de abril al 30 de junio de 2024, por un valor de SEIS MILLONES TRESCIENTO MIL PESOS ($6.300.000).

8. No. **CD20243961** de fecha 01 de julio de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir de 09 de julio al 31 de julio de 2024, por un valor de DOS MILLONES CIEN MIL PESOS ($2.100.000).

9. No. **CD20244228** de 01 de agosto de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 05 de agosto al 30 de septiembre de 2024, con un valor 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 quince (15) días del mes de julio de 2024.

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

Ingrid

ELABORÓ: INGRID JHOANA OSPINO LIZCANO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA.

Aseo Colombia
DISTRIBUCIONES Y SUMINISTRO

CERTIFICAMOS A QUIEN PUEDA INTERESAR

Que el(la) señor(a) **ROBLES LUBO MAYRA ALEJANDRA** identificado(a) con cedula de ciudadanía No 1.047.413.152, laboró como trabajador nuestro, desempeñándose como **ASISTENTE ADMINISTRATIVA** devengando un salario básico mensual de ($1.160.000) UN MILLÓN CIENTO SESENTA MIL PESOS M/L, con fecha de ingreso 01/12/2018 y retiro 15/04/202 contrato Termino Fijo.

El presente certificado se expide a solicitud del interesado en Valledupar el día 17 de abril del 2023.

Atentamente,

Antonio Estrada A.

DARLY ANTONIO ESTRADA ARCILA
Representante Legal

Temporal
del Caribe

CERTIFICAMOS A QUIEN PUEDA INTERESAR

Que el(la) señor(a) ROBLES LUBO MAYRA ALEJANDRA identificado(a) con cédula de ciudadania No. 1.047.413.152, laboró como trabajador nuestro, desempeñandose como TAQUILLERO devengando un salario básico mensual de ($781.242). SETECIENTOS OCHENTA Y UN MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/L Con fecha de ingreso 20/04/2018 y retiro 03/08/2018.

Tipo de contrato CONTRATO TEMPORAL TERMINO FIJO (CGENA).

El presente certificado se expide a solicitud del interesado En Cartagena el dia 30/08/2018.

Atentamente,

LUCIA BERMUDEZ BARROS
GERENTE OPERATIVO

Soluciones de Empleo
Su aliado estratégico en Servicios Temporales

HACE CONSTAR

QUE EL TRABAJADOR CUYOS DATOS SE ENCUENTRAN RELACIONADOS ESTUVO VINCULADO (A) A SOLUCIONES DE EMPLEO S.A.S MEDIANTE CONTRATO DE TRABAJO SUSCRITO EN LOS SIGUIENTES TERMINOS:

NOMBRE DEL EMPLEADO:	ROBLES LUBO MAYRA ALEJANDRA
IDENTIFICACION:	1.047.413.152
CARGO:	ASISTENTE DE AUTORIZACIONES
TIPO DE CONTRATO:	LABOR U OBRA DETERMINADA
SALARIO:	**950.000**
FECHA DE INGRESO:	**01/04/2017**
FECHA RETIRO:	**31/10/2017**
SALUD:	EPS SANITAS
PENSION:	COLPENSIONES
ARP:	COLPATRIA

LA PRESENTE CONSTANCIA SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DIA 22/08/2018

DE USTEDES ATENTAMENTE,

DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO

Calle 22 No. 18 A - 57 local 101 - Teléfono: 422 1474 - 318 359 0795
e-mail: direccion@solucionesdeempleo.com

Soluciones de Empleo
Su aliado estrategico en Servicios Temporales

HACE CONSTAR

QUE EL TRABAJADOR CUYOS DATOS SE ENCUENTRAN RELACIONADOS ESTUVO VINCULADO (A) A SOLUCIONES DE EMPLEO S.A.S MEDIANTE CONTRATO DE TRABAJO SUSCRITO EN LOS SIGUIENTES TERMINOS:

NOMBRE DEL EMPLEADO:	ROBLES LUBO MAYRA ALEJANDRA
IDENTIFICACION:	1.047.413.152
CARGO:	ASISTENTE DE OPERACIONES Y TALENTO HUMANO
TIPO DE CONTRATO:	TERMINO FIJO
SALARIO:	**1.289.000**
FECHA DE INGRESO:	**03/07/2013**
FECHA RETIRO:	**15/09/2016**
SALUD:	ESP SANITAS
PENSION:	COLPENSIONES
ARP:	COLPATRIA

LA PRESENTE CONSTANCIA SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DIA 22/08/2018

DE USTEDES ATENTAMENTE,

DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO

Calle 22 No. 18 A - 57 local 101 - Teléfono: 422 1474 - 318 359 0795
e-mail: direccion@solucionesdeempleo.com

Soluciones de Empleo
Su aliado estratégico en Servicios Temporales

HACE CONSTAR

QUE EL TRABAJADOR CUYOS DATOS SE ENCUENTRAN RELACIONADOS ESTUVO VINCULADO (A) A SOLUCIONES DE EMPLEO S.A.S MEDIANTE CONTRATO DE TRABAJO SUSCRITO EN LOS SIGUIENTES TERMINOS:

NOMBRE DEL EMPLEADO:	ROBLES LUBO MAYRA ALEJANDRA
IDENTIFICACION:	1.047.413.152
CARGO:	TAQUILLERA RECEPCIONISTA
TIPO DE CONTRATO:	LABOR U OBRA DETERMINADA
SALARIO:	**589.500**
FECHA DE INGRESO:	**17/03/2013**
FECHA RETIRO:	**03/07/2013**
SALUD:	COOMEVA
PENSION:	SEGURO SOCIAL
ARP	EQUIDAD SEGUROS

LA PRESENTE CONSTANCIA SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DIA 22/08/2018

DE USTEDES ATENTAMENTE,

DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO

Calle 22 No. 18 A - 57 local 101 - Teléfono: 422 1474 - 318 359 0795
e-mail: direccion@solucionesdeempleo.com

Soluciones de Empleo
Su aliado estrategico en Servicios Temporales

HACE CONSTAR

QUE EL TRABAJADOR CUYOS DATOS SE ENCUENTRAN RELACIONADOS ESTUVO VINCULADO (A) A SOLUCIONES DE EMPLEO S.A.S MEDIANTE CONTRATO DE TRABAJO SUSCRITO EN LOS SIGUIENTES TERMINOS:

NOMBRE DEL EMPLEADO:	ROBLES LUBO MAYRA ALEJANDRA
IDENTIFICACION	1.047.413.152
CARGO:	TAQUILLERA RECEPCIONISTA
TIPO DE CONTRATO:	LABOR U OBRA DETERMINADA
SALARIO:	**566.700**
FECHA DE INGRESO:	**16/02/2012**
FECHA RETIRO:	**15/02/2013**
SALUD:	COOMEVA
PENSION:	SEGURO SOCIAL
ARP	EQUIDAD SEGUROS

LA PRESENTE CONSTANCIA SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DIA 22/08/2018

DE USTEDES ATENTAMENTE,

DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO

Calle 22 No. 18 A - 57 local 101 - Teléfono: 422 1474 - 318 359 0795
e-mail: direccion@solucionesdeempleo.com

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 1047413152 **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 03:43 PM

Código Verificación: **WPLBY3FVUA**

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	2024-12-03 10:50

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MAYRA	ALEJANDRA	ROBLES	LUBO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1047413152

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 año gravable 2023 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$22.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$22.000.000,00

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MAYRA ALEJANDRA ROBLES LUBO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1047413152,** se encuentra afiliado/a desde **25/11/2011** 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 27 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

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 Mayra Alejandra Robles Lubo, identificado(a) con CC número 1047413152, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1047413152
NOMBRES Y APELLIDOS	Mayra Alejandra Robles Lubo
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	12/10/1989
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/11/2013
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	299 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	47 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/11/2013
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1047413152 MAYRA ALEJANDRA ROBLES LUBO Desde 19/07/2023 - Vigente

Generado por interfaces 27/11/2024

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

Scanned with CamScanner

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos											Sexo	
											M	F

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1047413152	CARTAGENA	30-nov-07

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		0			X		X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
12	10	1989	SANTA MARTA	CALLE 8 No 4 36	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
mayrarobleslubo@gmail.com	3044870262	

Actividades de contabilidad, teneduria de libros, auditoria financiera y asesoria tributaria ccione)									Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	x	Empleado		Hogar		Jubilado					6	9	2	0

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
Actividades de contabilidad, teneduris de libros, auditoria financiera y asesoria tributaria	

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	900.000
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales	
Total Activos	1.900.000		Total Pasivos	900.000
Mes y año de corte de la información financiera suministra	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?
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

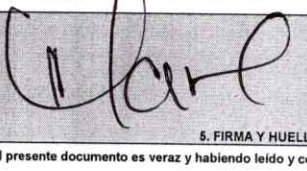
4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación:

_____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

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

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





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