1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Resumen

ID del contrato en SECOP	CO1.SLCNTR.13603213
Número del contrato	CD20244892
Versión del contrato	2
Objeto del contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DEL CALL CENTER DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
Tipo de contrato	Prestación de servicios
Fecha de inicio del contrato	15/10/2024 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Fecha de terminación del contrato	4 días para terminar *(31/12/2024 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Duración del contrato	3 Meses
Tiempo adiciones en días	31 días
Proveedor(es) seleccionado(s)	(●) Sí ( ) No
Estado del contrato	En ejecución
Liquidación	( ) Sí (●) No
Obligaciones Ambientales	( ) Sí (●) No
Obligaciones Pos Consumo	( ) Sí (●) No
Reversión	( ) Sí (●) No

Entidad Estatal

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

COLOMBIA, Santa Marta

0 Recomendación (es)

Proveedor Seleccionado

LILIBETH MONTENEGRO MEJIA

COLOMBIA, Santa Marta

0 Recomendación (es)

Cuenta bancaria del proveedor

Proveedor	Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta
LILIBETH MONTENEGRO MEJIA	Banco caja social	Ahorros	24126301980

Aprobación del contrato

Aprobador – Proveedor

Aprobado por: *Lilibeth Montenegro Mejia* ***Fecha de aprobación:*** *9/10/2024 11:50:04 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Aprobador – Entidad Estatal

Aprobado por:	*NORA ELVIRA ANILLO ROMERO*	***Fecha de aprobación:***	*14/10/2024 11:01:43 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Contrato firmado: CO1_PCCNTR_6832548_Firmado

Contrato en ejecución: CO1_PCCNTR_6832548_En ejecución

Información del objeto

Tipo de proceso	Contratación régimen especial
Unidad de contratación	Grupo de contratación SECOP II
Proceso de Contratación	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTION.
Título de la oferta	N/A
Cuantía del contrato	6.300.000,00 COP

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.082.840.723
NUMERO

MONTENEGRO MEJIA
APELLIDOS

LILIBETH
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-JUL-1985
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

07-JUN-2004 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMA BEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-2100100-51130591-F-1082840723-20041020 0012504294B 02 170615550

Powered by CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MONTENEGRO MEJIA LILIBETH** identificado(a) con **CC** número **1.082.840.723** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de diciembre de 2006 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 18 de diciembre de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2024121816593

STAMARTA, Diciembre 18 de 2024

Señora:
MONTENEGRO MEJIA LILIBETH
CC. 1082840723
CR 56 54 6A DIVINO NIÑO - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Enero 31 de 2022. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
MONTENEGRO MEJIA LILIBETH	1082840723	C	Ene-31-2022	46	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
ORTIZ MONTENEGRO ADAN YESID	1083009536	T	Ene-29-2022	46	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
ORTIZ MONTENEGRO GERONIMO MATIAS	1084459424	T	Ene-29-2022	46	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
LILIBETH MONTENEGRO MEJIA	1082840723	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
LILIBETH MONTENEGRO MEJIA	1082840723	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
LILIBETH MONTENEGRO MEJIA	1082840723	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

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

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

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 1082840723 **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 12/12/2024 01:01 PM

Código Verificación: **PXZWAKJB9F**

Válida hasta: **12/03/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

La República de Colombia

Institución Educativa Distrital Rodrigo de Bastidas

Santa Marta - Magdalena

Jornada Nocturna

Aprobado por Resolución 883 de 28 de Nov. De 2002
De la secretaria de Educación

Confiere a:

Montenegro Mejía Lilibeth

Identificado con C.C No. 1.082.840.723 De Santa Marta

El Título

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los Estudios correspondientes
al Nivel de Educación Media, según los Planes y Programas Vigentes

Rector

Secretaría

Libro 02 Folio 14 Acta 015 Año 2004

Dado en Santa Marta a los 17 días del Mes de Diciembre de 2004

ACTA DE GRADO

INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL "RODRIGO DE BASTIDAS"

Reconocido oficialmente por el Departamento Administrativo de Evaluación y Cultura del Distrito Turistico, Historico y Cultural de Santa Marta, según N°. 883 de Noviembre 28 del 2002.

En la ciudad de Santa Marta, a los diez y siete (17) días del mes de Diciembre del 2004, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos (as) del último grado de la jornada Nocturna, la Rectora y Secretaria del plantel INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL "RODRIGO DE BASTIDAS", aprobado en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizado por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Titulo de BACHILLER ACADEMICO según Resolución N° 883 de Noviembre 28 de 2002.

Comprobada la situación legal y academica de los alumnos que cursaron y aprobo los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, llenando los requisitos del respectivo Proyecto Educativo Institucional, se procedió a otorgar el titulo de BACHILLER ACADEMICO a los graduandos cuyos apellidos, nombres y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

MONTENEGRO MEJIA LILIBETH

C.C. N° 1,082,840,723 de SANTA MARTA

Es fiel copia tomada del Acta General N°.015 de fecha Diciembre 17 del / 04 que consta de 90 alumnos y comienza con el nombre de ACOSTA AVENDAÑO CINDY PAOLA y se cierra con el nombre de YEPEZ GUILLENYESENIE YANINA . Firmada y sellada por la Lic. AMELIA MARTINEZ DE CANTILLO Rectora y LUZ MARINA HURTADO Secretaria Academica.

Dada en Santa Marta, a los diez y siete (17) días del mes de Diciembre del 2004.

AMELIA MARTINEZ DE CANTILLO
Rectora
C.C.N°.26.890.316 de San Zenón

LUZ MARINA HURTADO
Secretaria
C.C.N°.36.546.546 de Santa Marta

CENTRO DE CAPACITACIÓN PROFESIONAL

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

Aprobado por Resolución No. 1174 de 12 de diciembre de 2006
de la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta, D.T.C.H., Colombia

CONFIERE A:

LILIBETH MONTENEGRO MEJIA

Identificado con C.C No. *1.082.840.723* de *Santa Marta.*

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

MERCADEO, VENTAS Y PUBLICIDAD

Programa reconocido por el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Resolución No. 074 de 20 de Mayo de 2003

DIRECTOR

SECRETARIA

Santa Marta, 14-10-10
Ciudad y Fecha de Expedición

0000525
No. de Registro

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

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

LILIBETH MONTENEGRO MEJIA

Con Cedula de Ciudadania No. 1.082.840.723

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

Título de

TECNÓLOGO EN

ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en Santa Marta, a los diecinueve (19) días del mes de junio de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
CAMPO ELIAS GUTIERREZ POLANIA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

CAMPO ELIAS GUTIERREZ POLANIA
Subdirector CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

8937266 - 19/06/2014
No y FECHA REGISTRO

PREVENIR 1-A S.A
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL
INGRESO

Tipo certificación: Ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ○



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **21/09/2023 09:10:00** Cargo **CALL CENTER**

Empresa **PARTICULAR**

Nombre **LILIBETH MONTENEGRO MEJIA**

Doc. Identidad **CC 1082840723** Edad **38 Años** Género **Femenino**

Dirección **CRA 64A CL 6A-71 ALTOS DE BAHIA CONCHA** Teléfono **3013408626**

Escolaridad **Tecnológica**

Eps **SALUD TOTAL SA**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO

Sin restricciones para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

PARA EL TRABAJADOR:
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
HIGIENE POSTURAL
CONTROL DE PESO POR DIETISTA DE LA EPS
EJERCICIOS FUNCIONALES.

-- CONTROL POR CIRUGIA GENERAL DE LA EPS

-- DEBE SEGUIR LA SIGUIENTE RECOMENDACION: REPORTAR SINTOMAS RESPIRATORIOS Y SIGNOS DE ALARMA AL COORDINADOR INMEDIATO, COORDINADOR DE SST O JEFE DE TALENTO HUMANO.

NOTA: LA ATENCIÓN SE HIZO BAJO EL PROTOCOLO GENERAL DE BIOSEGURIDAD DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN # 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2.022 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA.

RESTRICCIONES LABORALES

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional : 2268/2019 SDSM

Trabajador: LILIBETH MONTENEGRO MEJIA
CC: 1082840723
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

PREVENIR 1-A S.A
Nit. 819001920 - 7 SANTA MARTA
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32
Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL
INGRESO

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA — Psicosocial ◯ Ergonómico ◯ Otros ◯
Visual ◯ Auditivo ◯ Respiratorio ◯ Cardiovascular ◯

REMISIÓN	SI ⊗	NO ◯	ARL	SI ◯	NO ◯	EPS	SI ⊗ NO ◯

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS PREVENIR 1-A S.A para que le de el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumpllimiento de las Resoluciones 2346 del 2.007, 1918 del 2.009 del Ministerio de Protección Social y normatividad vigente . Ademas doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y veridica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todos los estudios realizados y el resultado del Informe medico ocupacional de aptitud.

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional : 2268/2019 SDSM

Trabajador: LILIBETH MONTENEGRO MEJIA
CC: 1082840723
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biométrica

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

El(la) suscrito(a) **LILIBETH MONTENEGRO MEJIA** identificado con **C.C./C.E./P.P No.1.082.840.723** expedida en **SANTA MARTA MAGDALENA – 26-DIC-2016**, 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 Diciembre de 2024.

Firma _____

Nombre LILIBETH MONTENEGRO MEJIA

Cédula 1.082.840.723

COPIA CONTROLADA

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2024-04-29 15:17

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LILIBETH		MONTENEGRO	MEJIA

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1082840723

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	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	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	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
TOTAL	$0,00

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

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

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

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

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]

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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:

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- Magdalena		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos LILIBETH MONTENEGRO MEJIA														Sexo			
														M		F	X
Tipo de Documento									Número			Expedida en		Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1.082.840.723			Santa Marta- Magdalena		7/06/2004			
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	x				X					
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento			
25	7	1985	Santa Marta			Carrera 56 # 6 A 54 Brr divino niño					Santa Marta			Magdalena			
Correo Electrónico											No. Celular			Telefono			
adagermonte@gmail.com											3013408626						
Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU						
Estudiante		Independiente		Empleado	x	Hogar		Jubilado									
Detalle Actividad Económica											Descripción del CIIU						

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche							Cargo			
	Publica	x	Privada		Mixta		Otra, cual?	CALLCENTER			
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			Total Egresos mensuales	$0			
Otros Ingresos Mensuales			Otros Egresos Mensuales	$0			
Total Activos			Total Pasivos				
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 obligo a actualizar los datos



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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Montenegro	Mejia	Lilibeth

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1082840723	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 25 MES 07 AÑO 1985

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 56 6A 54 NORTE BARRIO DIVINO NIÑO

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3013408626 EMAIL adagermonte@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	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2004
										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	3	X		ADMINISTRACION EN SALUD RES 76-0458	06	2014	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	*MODALIDAD*	*No. TOTAL HORAS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS*	*TERMINACIÓN*	
			SI	*NO*		*MES*	*AÑO*
	DESARROLLO HUMANO						
SENA	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	8	X		ADMINISTRACION EN SERVICIOS DE SALUD	06	2014

4 IDIOMAS

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*

5 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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ACESOR CALL CENTER	AGENTE CALL CENTER	CARRERA 14 23 42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4366262	*Día*	05	*Mes*	08	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
APOYO ADMIISTRATIVO	CALL CENTER	CARRERA 14 23 42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4366262	*Día*	19	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
APOYO ADMINISTRACTIVO	CALL CENTER	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 4366262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	05	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO ADMINISTATIVO	*DEPENDENCIA* CALL CENTER						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3330334418	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AGENTE CALL CENTER						*DIRECCIÓN* AVENIDA 25 25 25 AVENIDA DEL LIBERTADOR					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	10	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA PREST SERVICIOS	*DEPENDENCIA* NO APLICA						*DIRECCIÓN* AVENIDA 25B BIS B ESTE 25A 5 ESTE AV. LIBERTADOR 25					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3013408626	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA / CALL CENTER	*DEPENDENCIA* AGENTE CALL CENTER						*DIRECCIÓN* CARRERA 56A A ESTE 54A 54 ESTE DIVINO NIÑO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DROGUERIA Y VARIEDADES J.A.			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	11	*Año*	2021	*Día*	10	*Mes*	01	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL VENTAS, (VENDEDOR)	*DEPENDENCIA* AREA DE DROGUERIAS						*DIRECCIÓN* CARRERA 10 ESTE 8 15 NORTE					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ACCION PLUS (COOMEVA EPS)			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	10	*Año*	2010	*Día*	01	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL 050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CALLE 26 NORTE 5 6 BARRIO LA ESPERANZA					

6 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*					

7 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	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	9	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	1
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 **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,DICIEMBRE 2024***



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 **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

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

Gerente:

NORA ELVIRA ANILLO ROMERO

Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.

Yo LILIBETH MONTENEGRO MEJIA identificada con la cedula de ciudadanía 1082840723 de Santa Marta, mediante el presente me permito dejar en consideración el asunto de la referencia.

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

Agradeciendo su amable colaboración.

Cordialmente,



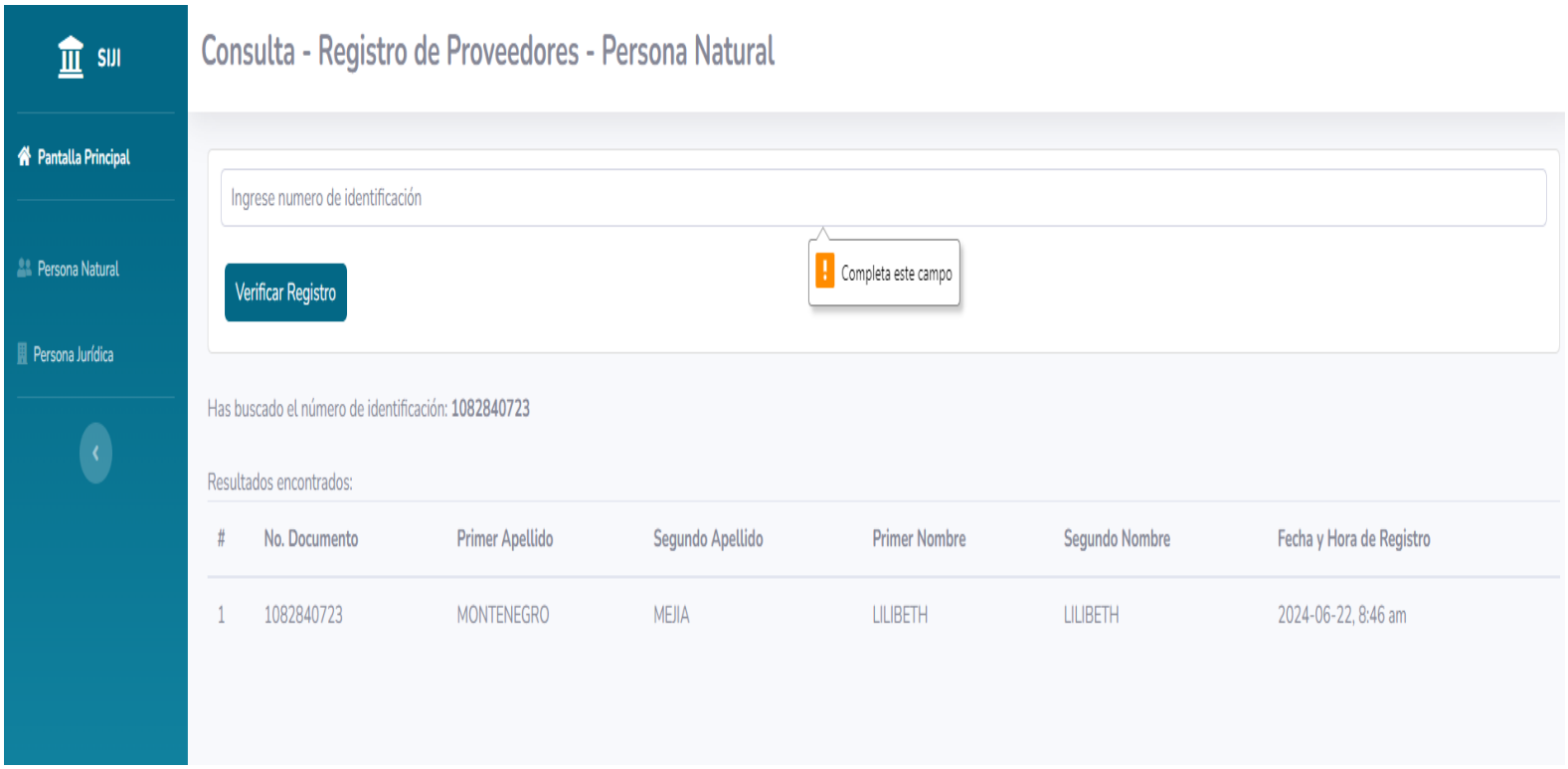
LILIBETH MONTENEGRO MEJIA

CC: 1082840723 de Santa Marta

DIRECCIÓN: Ka 56# 6a _54 divino niño

TEL: 3013408626

CORREO ELECTRÓNICO: mayracabas8@gmail.com


SIJI
Pantalla Principal
Persona Natural
Persona Jurídica
Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural
Ingrese numero de identificación
Completa este campo
Verificar Registro
Has buscado el número de identificación: 1082840723
Resultados encontrados:
No. Documento Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Fecha y Hora de Registro
1 1082840723 MONTENEGRO MEJIA LILIBETH LILIBETH 2024-06-22, 8:46 am

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14949134931

(415)7707212489984(8020) 000001494913493 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 2 8 4 0 7 2 3	1	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 iliquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 2 8 4 0 7 2 3	

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
MONTENEGRO	MEJIA	LILIBETH	

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 56 6 A 54 BRR DIVINO NIÑO

42. Correo electrónico: lilibeth198525@hotmail.com

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

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 2023 - 09 - 20 / 11 : 14: 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 MONTENEGRO MEJIA LILIBETH

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICACIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que el señor(a) LILIBETH MONTENEGRO MEJIA, identificado con cédula de Ciudadanía No. 1082840723, expedida en ha suscrito con la E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE, los siguientes contratos de prestación de servicios:

Número de Contrato: CD20243544
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DEL CALL CENTER DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
Fecha de inicio: 2024-05-15
Fecha final: 2024-06-30
Valor del contrato: 3800000
Actividades:

Número de Contrato: CD20243783
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DEL CALL CENTER DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
Fecha de inicio: 2024-07-19
Fecha final: 2024-07-31
Valor del contrato: 1900000
Actividades:

Número de Contrato: CD20244324
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DEL CALL CENTER DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
Fecha de inicio: 2024-08-05
Fecha final: 2024-09-30
Valor del contrato: 3800000
Actividades:

Número de Contrato: CD20244892
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DEL CALL CENTER DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
Fecha de inicio: 2024-10-15

CERTIFICACIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Fecha final: 2024-12-31
Valor del contrato: 4200000
Actividades:

Así mismo se certifica que la información contenida en el presente documento es verídica y corresponde a los datos proporcionados por el usuario.

Dado en la ciudad de Santa Marta, hoy viernes, 27 de diciembre de 2024, a las 02:38 PM

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 6b5637e15f42533c252fe305db8c7cce

_____

JARID YESID THOMAS PADILLA
JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO