

LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ADMINISTRATIVO

CODIGO: GJC16F
VERSION: 04
FECHA DE ULTIMA
REVISION: 9/12/2022
PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, Maria Alejandra Gómez Bernal, Identificado con Cédula No. 1083040229 y Profesión Ec. Administrativo AUTORIZO que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HJMB con fines de contratación.

FIRMA: Maria Alejandra Gómez B.

LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ADMINISTRATIVO - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:		SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		X
2	Cedula de Ciudadanía	X	
3	Lista de Chequeo para Inducción de puesto de trabajo (Entregado Por el área de supervisión)		X
4	Registro Proveedores - Persona Natural (REGISTRARSE EN https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php)	X	
5	Propuesta de Servicios	X	
6	Certificado antecedentes Procuraduría (fecha vigente — no superior a 30 días)	X	
7	Certificado antecedentes Contraloría (fecha vigente — no superior a 30 días)	X	
8	Certificado antecedentes Policía Nacional (fecha vigente — no superior a 30 días)	X	
9	Certificados antecedentes del sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia (fecha vigente — no superior a 30 días)	X	
10	Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)		X
11	Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)		X
12	RUT - Registro Único Tributario	X	
13	Hoja de Vida — Función publica	X	
14	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)	X	
15	Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL — Abogado, Ingeniero, Psicólogo, Contador, Economista, Administrador de empresas, Arquitecto (fecha vigente — MES actual).		X
16	Convalidación de Título — Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.		X
17	Tarjeta Profesional		X
18	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) cap 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (Vigencia no superior a TRES (03) años)	X	
19	Soporte de experiencia laboral.	X	
20	Formato DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS — Diligenciar en la página web (https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth)	X	
21	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (INDEPENDIENTE — fecha no superior a 30 días)	X	
22	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE — fecha no superior a 30 días)	X	
23	Certificado ARL (INDEPENDIENTE — fecha no superior a 30 días)	X	
24	Certificado SARLAF — PERSONA NATURAL - https://hujmb.gov.co/wp-content/uploads/proveedores/FINC4F%20FORMATO-VINCULACION%20PERSONA%20NATURAL.xlsx	X	

NOTA: Los documentos deberán ser originales o copias legibles, sin excepción alguna. Los documentos aportados serán verificados previamente en las distintas plataformas o base de datos, dando fe de su autenticidad, dicha revisión estará a cargo de: _____

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.083.040.229**

GOMEZ BERNAL

APELLIDOS

MARIA ALEJANDRA

NOMBRES

Maria Alejandra Gómez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

14-OCT-1998

**SANTA MARTA
(MAGDALENA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

15-NOV-2016 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-2100100-00878402-F-1083040229-20170119

0053155244A 1

47915776

[Verificar Registro](#)Has buscado el número de identificación: **1083040229**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1083040229	GOMEZ	BERNAL	MARIA	ALEJANDRA	2022-02-22, 10:27 am

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	1083040229	GOMEZ	BERNAL	MARIA	ALEJANDRA	2022-12-11, 10:40 am

Santa Marta D.T.C.H 13 de diciembre de 2022

Señor:

JOSE RAFAEL DOMINGUEZ AYALA

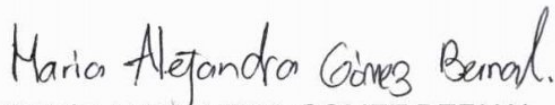
Gerente E.S.E Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche

Asunto: **PROPUESTA DE TRABAJO TECNICO ADMINISTRATIVO**

Yo, **MARIA ALEJANDRA GOMEZ BERNAL**, identificada con la cedula de ciudadanía No. 1.083.040.299 de Santa Marta, mediante el presente me permito dejar en consideración el asunto de la referencia.

Para lo cual pretendo prestar mis servicios de **TECNICO ADMINISTRATIVO EN EL AREA DE ADMISIONES DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**. Con un alto grado de responsabilidad y eficiencia, plasmando las metas y objetivos encomendados por la E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, esto se traducirá en el cumplimiento de las tareas diarias dando **APOYO ADMINISTRATIVO** donde lo requiera, agradeciendo su amable colaboración.

Atentamente;



MARIA ALEJANDRA GOMEZ BERNAL

CC. 1.083.040.229 Santa Marta

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 211261832



WEB
14:52:07
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 12 de diciembre del 2022

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MARIA ALEJANDRA GOMEZ BERNAL identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1083040229:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

División de Relacionamiento con el Ciudadano.
Línea gratuita 018000910315; quejas@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 12 de diciembre de 2022, a las 14:45:04, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1083040229
Código de Verificación	1083040229221212144504

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.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB



Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ, D.C.

CGR

Página 1 de 1



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:43:42 PM horas del 12/12/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1083040229**

Apellidos y Nombres: **GOMEZ BERNAL MARIA ALEJANDRA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00
pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
ato@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-ato@policia.gov.co)



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

👤 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 12/12/2022 02:41:34 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1083040229** .

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **48358038** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

[🔍 Nueva Búsqueda](#)[🖨 Imprimir](#)

Información

515 9000



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

ES UN
HONOR
SER POLICÍA

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14838421979



(415)7707212489984(8020) 000001483842197 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 0 8 3 0 4 0 2 2 9 3

Impuestos y Aduanas de Santa Marta

1 9

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

1 0 8 3 0 4 0 2 2 9

27. Fecha expedición

2 0 1 6 1 1 1 5

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Magdalena

4 7

30. Ciudad/Municipio

Santa Marta

0 0 1

31. Primer apellido

GOMEZ

32. Segundo apellido

BERNAL

33. Primer nombre

MARIA

34. Otros nombres

ALEJANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Magdalena

4 7

40. Ciudad/Municipio

Santa Marta

0 0 1

41. Dirección principal

CL 71 # 4 A 02 AP 01 BRR QUININA UNO

42. Correo electrónico

mariaalejagomez18@gmail.com

43. Código postal

4 7 0 0 0 6

44. Teléfono 1

3 0 2 3 1 7 2 7 8 2

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

9 6 0 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 2 0 7 1 8

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 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

☐

60. No. de Folios:

1

61. Fecha

2022 - 07 - 18 / 13 : 54: 48

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

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CALERO NORIEGA MARTINA MERCEDES

985. Cargo Gestor II



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

PRIMER APELLIDO GOMEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) BERNAL	NOMBRES MARIA ALEJANDRA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAIS ☐ No. 1083040229		SEXO F ☒ M ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 14 MES 10 AÑO 1998 PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO SANTA MARTA		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 71 N 4ª-02 APTO 1 QUININA 1 PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO SANTA MARTA TELÉFONO 3023172782 EMAIL mariaalejagomez18@gmail.com

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: BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO			
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 11 AÑO 2015

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA 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	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN					No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO				
UN	10	X		Pf en negocios internacionales	12	20	2	1		

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)

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD hospital universitario julio méndez barrenche	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO magdalena	MUNICIPIO santa marta	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD admisiones@hujmbcom	
TELÉFONOS 4346262	FECHA DE INGRESO DÍA 09 MES 03 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Tec. Adm en el área de admisiones	DEPENDENCIA Admisiones	DIRECCIÓN Crr 14 n° 23-42 alcázares	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Eficiencia y servicios S.A	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Atlantico	MUNICIPIO Barranquilla	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD Comunicaciones@nexarte.com	
TELÉFONOS 018000517363	FECHA DE INGRESO DÍA 02 MES 06 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DÍA 21 MES 02 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Mercaderista	DEPENDENCIA Operario	DIRECCIÓN Cra 54 n 72-80 p2 L-43	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

INDIQUE EL TIEMPO DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

María Alejandra Gómez B.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

María Alejandra Gómez Bernal
c.c 1.083.040.229 sta mta



La República de Colombia
Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta

**Institución Educativa Distrital
Escuela Normal Superior
San Pedro Alejandrino**

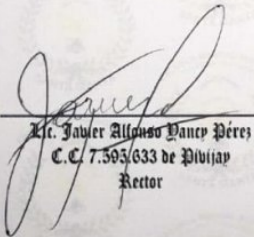
Aprobada por Resolución 1376 de Octubre 31 de 2008, emanada de la
Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta.

Confiere a:

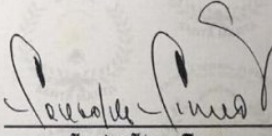
María Alejandra Gómez Bernal
Identificado con El Documento No. 98101470059 de Santa Marta

El Título de
Bachiller Académico
Con profundización en Pedagogía

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
al nivel de educación media, según los planes y programas vigentes.


M. Javier Alfonso Páez Pérez
C.C. 7.593.633 de Divisap
Rector




Kourdes Linero Ceran
C.C. 36.342.853 de Santa Marta
Profesional Universitario

Libro 02 Folio 103 Acta 105 Año 2015

Dado en Santa Marta, a los 27 días del mes de X1 de 2015

Escaneado con CamScanner

María Alejandra Gómez Bernal
c.c 1.083.040.229 sta mta



María Alejandra Gómez Bernal
c.c 1.083.040.229 sta mta



República de Colombia,
Ministerio de Educación Nacional y en su nombre,



LA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

Personería Jurídica - Resolución 831 del 3 de diciembre de 1974

En atención a que

MARIA ALEJANDRA GÓMEZ BERNAL

C.C N° 1.083.040.229

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos, en testimonio de ello le otorga el título de

**PROFESIONAL EN NEGOCIOS
INTERNACIONALES**

Para constancia se firma en la ciudad de Santa Marta, a los 09 días del mes de Diciembre de 2021

Acta 2923 en el folio 81 del libro 68 registro N° 61811


PABLO VERA SALAZAR, PhD

Rector


MERCEDES DE LA TORRE HASBUN

Secretaria General

X4sz*F8uwKol



NIT. 800033723

CALLE 70 N 48 -56 3857980

INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

No CUENTA:594984

TIPO CERTIFICACION				5. POST INCAPACIDAD []
1. INGRESO [X]	2. PERIODICO []	3. RETIRO []	4. CONTROL []	
6. REUBICACION []	7. CASO OCUPACIONAL []	8. TRAB. EN ALTURAS []	9. ESPACIOS CONFINADOS []	10. MANIPULACION DE ALIMENTOS []

DATOS DEL PACIENTE					
FECHA: 22/02/2022	EMPRESA: PARTICULARES SO				
NOMBRE: MARIA ALEJANDRA GOMEZ BERNAL			DOC. IDENTIDAD: CC 1983040229		
CARGO: ADMINISTRATIVO			EDAD: 23 AÑOS		

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS**1) EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

EXAMEN DE INGRESO		SI	NO
CONCEPTO			
1. ENFASIS OSTEOMUSCULAR APTO		[X]	[]
CONCEPTOS GENERALES			

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

1. VISUAL []	2. AUDITIVO []	3. RESPIRATORIO []	4. CARDIOVASCULAR []	5. PSICOSOCIAL []	6. ERGONOMICO [X]	7. OTROS []
---------------	-----------------	---------------------	-----------------------	--------------------	---------------------	--------------

REMISIONES SI [] NO [X]	ARL SI [] NO [X]	EPS SI [] NO [X]
----------------------------	---------------------	---------------------

DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ANEXO TECNICO DEL DECRETO 1374 DE 2020 Y RESOLUCION 777 DEL 2021, HABIENDO RECIBIDO YA ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA COVID 19, SE RECOMIENDA CONTINUAR APLICANDO PROTOCOLO DE SALUD PARA COVID 19 DE LA EMPRESA, AUNADO AL CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD TANTO A NIVEL LABORAL COMO EXTRA LABORAL.

SEGUN LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y DE ACUERDO A LA VALORACION MEDICA REALIZADA EL USUARIO NO PRESENTA COMORBILIDADES O CONDICIONES QUE LE PONEN EN RIESGO DE HACER COMPLICACIONES EN CASO DE INFECCION POR COVID 19, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ANEXO TECNICO DEL DECRETO 1374 DE 2020 Y RESOLUCION 777 DE 2021.

SE SUGIERE SEGUIR LOS LINEAMIENTOS Y RECOMENDACIONES ESTABLECIDOS POR EL GOBIERNO NACIONAL Y AUTORIDADES COMPETENTES COMO MINISTERIO DE TRABAJO Y SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL PARA PREVENIR EL CONTAGIO Y PROPAGACION DEL COVID 19 TALES CON EL USO DE TAPABOCAS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, LAVADO DE MANOS COMPLETA Y CONSTANTE, VESTIMENTA ADECUADA ENTRE OTRAS MEDIDAS.

SE SUGIERE USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO.

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.

SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HABITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACION DE LAS TAREAS.

ENFASIS OSTEOMUSCULAR APTO.-.



LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN HUMANA, CALIDAD Y RIESGOS

CERTIFICA

Que el/la señor (a) **MARIA ALEJANDRA GOMEZ BERNAL** identificado (a) con cédula de ciudadanía N.º **1083040229**, laboró en nuestra organización desde el **2 de junio de 2020** hasta el **21 de Febrero de 2022**, desempeñando como último cargo **MERCADERISTA**.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C., el día **21 de Febrero de 2022**.

Cordialmente,

IOVANIA PEÑALOZA CAICEDO
DIRECTORA DE GESTIÓN HUMANA, CALIDAD Y RIESGOS
EFICIENCIA Y SERVICIOS S.A
Nit. 830.060.026-9

Bogotá Tel.: + 57 (1) 3217088 / 4894170 Barranquilla Tel.: + 57 (5) 3854005 / 3854746 Bucaramanga Tel.: + 57 (7) 6833244
Cali Tel.: + 57 (2) 3814020 Ibagué Tel.: + 57 (8) 2700720 Medellín Tel.: + 57 (4) 5202590 / 6043733 Neiva Tel.: + 57 (8) 8717092
Villavicencio Tel.: + 57 (8) 6731488 Pereira Tel.: + 57 (6) 3315435



Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARIA	ALEJANDRA	GOMEZ	BERNAL

Documento de identificación

Tipo Número

Lugar de nacimiento

País Departamento Municipio

Lugar de domicilio

País Departamento Municipio

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

Dirección

Cargo o función que cumple

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$15.834.037,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$40.674,00
Gastos de representación	\$0,00
Arriendos	\$0,00
Honorarios	\$0,00
Otros ingresos y rentas	\$0,00
TOTAL	\$15.874.711,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$15.874.711,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí ☐ No ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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:

--



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARIA ALEJANDRA GOMEZ BERNAL identificado(a) con CC 1083040229 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/08/2008
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	UNION TEMPORAL BIENESTAR IPS CLINICA AVIDANTI SANTA MARTA I NIVEL
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 12 días del mes de diciembre del año 2022.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,


Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

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

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARIA ALEJANDRA GOMEZ BERNAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.083.040.229**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Diciembre del 2022.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora MARIA ALEJANDRA GOMEZ BERNAL, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1083040229, contratista de la empresa HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, con NIT No. 891780185, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/08/2022 y fecha fin de contrato 31/12/2022 con riesgo 3.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201022208373.

Esta certificación se expide a los 12 días del mes de Diciembre de 2022.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.



Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170,
Bogotá: 330-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co

 Positiva Compañía de Seguros  @PositivaCol  PositivaColombia



El emprendimiento
es de todos

Minhacienda

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad SANTA MARTA	Oficina	Fecha Vinculación
-----------------------	---------	-------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos										MARIA ALEJANDRA GOMEZ BERNAL										Sexo																													
																				☐ M ☐ F ☒ X																													
Tipo de Documento										Número										Expedida en										Fecha de Expedición																			
C.C. ☐ X ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐										1.083.040.229										MAGDALENA-SANTA MARTA										15/11/2016																			
Estado Civil (Seleccione)										Nivel educativo										No. Personas a cargo										Tipo de Vivienda										Zona Ubicación									
Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐										Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☐ Universidad ☒										0										Propia ☐ Arrendada ☐ Familiar ☒										Rural ☐ Urbano ☒									
X																																																	
Fecha nacimiento										Lugar de Nacimiento										Dirección Domicilio										Municipio / Ciudad										Departamento									
14 10 1998										SANTA MARTA-MAGDALENA										CALLE 71 N 4*-2 APTO 1 QUININA 1										SANTA MARTA										MAGDALENA									
										Correo Electrónico																				No. Celular										Teléfono									
										Mariaalejagomez18@gmail.com																				3023172782																			
										Ocupación (Seleccione)																				Actividad Principal CIU																			
Estudiante ☐ Independiente ☐ x Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado ☐																														9 6 0 9																			
Detalle Actividad Económica																				Descripción del CIU										OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES																			

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio				Cargo			
ESE HOSPITAL UNIV. JULIO MENDEZ B.	Publica ☐ X Privada ☐	Mixta ☐	Otra, cuál?	ADMISIONISTA				
Dirección de empresa o negocio	Ciudad				Barrio		No. Teléfono	
CARRERA 14 NO. 23 - 42	SANTA MARTA				ALCAZARES		605 436 5007	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						SI ☐	NO ☒	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	1790000	Total Egresos mensuales	1790000
Otros Ingresos Mensuales	0	Otros Egresos Mensuales	0
Total Activos	0	Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 11 Año 2022	Es declarante?	SI ☐ NO ☒ X

Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/u Ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público? NO

Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP? NO

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

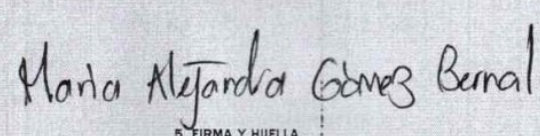
4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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 mí(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 efectúe 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 mercados, 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 consignaron de manera completa todos los datos referentes a mí 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 Méndez 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 registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.




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