



TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLÍVAR
TRASLADO A LA PARTES DE LOS DOCUMENTOS
APORTADOS POR LAS ENTIDADES OFICIADAS, PARA
QUE SI A BIEN LO TIENEN EJERZAN SU DERECHO DE
CONTRADICCIÓN

SIGCMA

CARTAGENA DE INDIAS, 31 DE MAYO DE 2019

HORA: 08:00 A. M.

Medio de control	NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO
Radicado	13001233300020150054600
Demandante	MARIA LETICIA PATIÑO CANDANOSA
Demandado	ESE DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE
Magistrado Ponente	CLAUDIA PATRICIA PEÑUELA ARCE

Los anteriores documentos aportados por la doctora FERNANDA MERCEDES RODRIGUEZ SALAS –PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA ESE RIO GRANDE DE LA MAGDALENA DE MAGANGUE, a folios 70-85 Y 86-113 del expediente, se le da traslado legal por el término de cinco (5) días hábiles a las partes y al Ministerio Público, para que si bien lo tienen ejercen su derecho de contradicción y defensa, Hoy treinta y uno (31) de mayo de dos mil diecinueve (2019) a las 8:00 am.

EMPIEZA EL TRASLADO: CUATRO (4) DE JUNIO DE DOS MIL DIECINUEVE (2019), A LAS 08:00 AM.

JUAN CARLOS GALVIS BARRIOS
SECRETARIO GENERAL

VENCE EL TRASLADO: DIEZ (10) DE JUNIO DE DOS MIL DIECINUEVE (2019), A LAS 05:00 PM

JUAN CARLOS GALVIS BARRIOS
SECRETARIO GENERAL

Centro Avenida Venezuela, Calle 33 No. 8-25 Edificio Nacional-Primer Piso
E-Mail: stadcaena@cendoj.ramajudicial.gov.co
Teléfono: 6642718



Secretaria Tribunal Administrativo - Seccional Cartagena

De: gerencia ESE <gerenciaesemagangue@gmail.com>
Enviado el: jueves, 25 de abril de 2019 4:05 p.m.
Para: Secretaria Tribunal Administrativo - Seccional Cartagena
Asunto: RESPUESTA AL TRIBUNAL
Datos adjuntos: RESPUESTA AL TRIBUNAL-MARIA PATIÑO.pdf; HOJA DE VIDA-MARIA PATIÑO.pdf; CERTIFICACION-MARIA PATIÑO.pdf

yo

Cordial Saludo.

Por medio del presente adjunto archivo de la respuesta dada por la ESE Rio Grande de la Magdalena de Magangue al Derecho de Petición presentado por usted a esta entidad.

Gracias.

HUGO VASQUEZ CRUZ
Agente Especial Interventor

*26/04/2019.
Sin D y mo
Sin sus firma.
10:58 Am.*



E.S.E Rio Grande de la Magdalena
Magangué, Bolívar
En Intervención Forzosa Administrativa para Administrar
por la Superintendencia Nacional de Salud
Nit. 806.013.598-2

Magangué, abril 25 de 2019.

71

Doctor:

JUAN CARLOS GALVIZ BARRIOS.

Secretario General.

Tribunal Administrativo de Bolívar – Cartagena.

Centro Avenida Venezuela, calle 33 N° 8-25 Edificio Nacional – Primer Piso – Cartagena Bol.

Correo electrónico: stadcgena@cendoj.ramajudicial.gov.co

Asunto: Respuesta al Requerimiento de Pruebas al Oficio N 2458 CPPA.

Radicación No. 130012333000-2015-00546-00

Medio de Control: Nulidad y Restablecimiento del Derecho.

Demandante: Maria Leticia Patiño Candanosa.

Demandada: ESE Rio Grande de la Magdalena de Magangué.

Magistrada Ponente: Claudia Patricia Peñuela Arce.

Cordial saludo,

De manera atenta me dirijo a usted, en mi condición de Profesional Especializado de la ESE RIO GRANDE DE LA MAGDALENA DE MAGANGUÉ BOLIVAR, para darle respuesta a su solicitud presentada ante esta Empresa Social del Estado de la siguiente forma:

Solicitud del Tribunal Administrativo de Bolívar:

1.) Solicita este honorable despacho, certificado en el que conste si a la fecha se ha realizado la Liquidación de las Prestaciones Sociales Definitivas de la señora María Leticia Patiño Candanosa, correspondiente al periodo laborado en la ESE, desde el 8 de mayo de 2008 al 8 de agosto de 2010. Si se han realizados pagos por dichos conceptos y en que montos, en caso afirmativo remitir copia de los actos de reconocimiento y las constancias de pagos; en caso contrario certificar cuanto se le adeuda a la demandante hasta la fecha por concepto de Prestaciones Sociales.

2.) Solicita este despacho copia íntegra y legible de la hoja de vida de la señora María Leticia Patiño Candanosa.

Tendiendo a resolver de fondo la solicitud elevada por este Despacho, en ese orden de ideas, se procede a darle respuesta a su solicitud en el siguiente sentido:

Habilitación: 1343000179
SEDE ADMINISTRATIVA: Calle 16 No. 27-49 Barrio Santa Rita
TELÉFONO: (5) 6875339 – Email: gerenciaesemagangue@gmail.com
Magangué – Bolívar



E.S.E Rio Grande de la Magdalena
Magangué, Bolívar
En Intervención Forzosa Administrativa para Administrar
por la Superintendencia Nacional de Salud
Nit. 806.013.598-2

Respuesta de la Solicitud N° 1: Adjunto Certificación expedida por el Jefe Administrativo y Financiero de la ESE, en la que certifica el abono por concepto de prestaciones sociales realizado a la señora María Patiño y el saldo pendiente por pagar. (1 folio).

Respuesta de la Solicitud N° 2: Adjunto copia íntegra y legible de la hoja de vida de la señora María Leticia Patiño Candanosa. (25 folios).

Anexos: Total Folios 26

Atentamente,

FERNANDA MERCEDES RODRÍGUEZ SALAS.
Profesional Especializado.
ESE Rio Grande de la Magdalena de Magangué

Habilitación: 1343000179
SEDE ADMINISTRATIVA: Calle 16 No. 27-49 Barrio Santa Rita
TELÉFONO: (5) 6875339 – Email: gerenciaesemagangué@gmail.com
Magangué – Bolívar

E.S.E. DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE.

**RESOLUCIÓN No. 0024 DE 2003
(Mayo 12)**

72

"Por medio del cual se efectúa un nombramiento en Provisionalidad en la Planta de cargos de La Empresa Social del Estado del Municipio de Magangué".

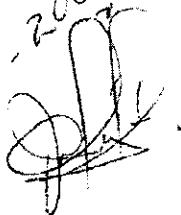
EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE , en uso de sus atribuciones estatutarias y legales,

RESUELVE :

- ARTICULO PRIMERO:** Nómbrase en Provisionalidad a la Doctora MARIA LETICIA PATIÑO CANDANOSA, identificada con la cédula de ciudadanía número 33.199.485 expedida en Magangué en el cargo de MEDICO 4 HORAS, código 310 con una asignación mensual de \$ 1.001.571.00.
- ARTICULO SEGUNDO:** Enviése copia de la presente Resolución a la interesada para su debida posesión y a servicios Administrativos para los fines pertinentes.
- ARTICULO TERCERO:** La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Magangué a los doce (12) días del mes de Mayo de dos mil tres (2003).

Recibido
12-05-2003



EMILIA MENDOZA RAAD
Gerente

ACTA DE POSESION

Del Señor (a) MARIA LETICIA PATIÑO CANDANOSA

En Magangué, Bolívar a los DOCE (12) días del mes de Mayo de dos Mil Tres (2003), se presentó al Despacho de la Gerencia de la Empresa Social del Estado del Municipio de Magangué la doctora MARIA LETICIA PATIÑO CANDANOSA, con el objeto de tomar posesión del Cargo de MEDICO 4 HORAS para el que ha sido nombrado (a) en PROVISIONALIDAD por Resolución No 0024 de Mayo 12 /2003 emanada de la Gerencia dela ESE del Municipio de Magangué.

El posesionado (a) puso de presente su nombramiento que lo acredita como tal, identificación ciudadana No 33.199.485 expedida en Magangué, Libreta Militar No _____, Distrito No _____ Certificado Judicial No 8989352 de Magangué expedido por Departamento Administrativo de Seguridad.

Certificación de Antecedentes Ordinarios No 159895 - 2003 Expedido por La Procuraduría General de la Nación. Certificado de Paz y Salvo del Municipio, expedido por Tesorería Municipal. Certificado de estudios realizados MEDICO Y CIRUJANO.

Certificado de Aptitud Física y Mental expedido por el Doctor (a) ABRAHAN GUERRA CH.

Seguidamente el señor Gerente le toma juramento legal de rigor y bajo su gravedad y pena, prometió cumplir bien y fielmente con los deberes de su cargo, según su leal saber y entender.

Para Constancia se firma la presente diligencia como aparece.


GERENTE


POSESIONADO

FORMULARIO DE SOLICITUD
FILIACIÓN TRASLADO



Diligenciar en tinta negra

Sector Público Sector Privado

No. 096951

73

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Fecha de solicitud: Día [] Mes [] Año [] Lugar []

Primer Nombre: [] Segundo Nombre: [] PrimerApellido: [] SegundoApellido: []

Lugar de Nacimiento: [] Depto. [] País [] Sexo: F M

Fecha de Nacimiento: Día [] Mes [] Año [] Tipo Doc.: C.C. C.E. T.I. NIT

No. de Documento: [] Fecha de Expedición: Día [] Mes [] Año []

Lugar de expedición: [] Departamento: []

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Unión Libre Separado(a)/ Divorciado(a) No. Personas a cargo: []

Estudios realizados: Primaria Bachillerato Tecnología Universidad Post-Grado Profesión: []

Tipo de Vivienda: Arrendada Familiar Propia Oficio: []

Dirección Domicilio: []

Ciudad: [] Depto.: [] Teléfono: []

Barrio: [] E-mail: []

Envío Correspondencia: a) Casa b) Oficina Celular: []

Nombre Cónyuge o compañera(a): [] Actividad Económica: Asalariado(a) Independiente Hogar

Tipo Doc.: C.C. T.I. NIT Número: []

Estudios realizados: Primaria Bachillerato Tecnología Universidad Post-Grado

Trabaja en: [] Teléfono Oficina: [] Teléfono Casa: []

2. VÍNCULO LABORAL ACTUAL (SOLO PODRÁN AFILIARSE PERSONAS QUE TENGAN VÍNCULO LABORAL VIGENTE)
INFORMACIÓN FINANCIERA

Nombre o Razón Social Empleador: []

NIT: C.C. C.E. Número: [] E-mail empresa: []

Dirección sede de trabajo: []

Ciudad: [] Depto.: [] Teléfono: [] Fax: []

Fecha de vinculación: D [] M [] A [] Tipo de contrato: Término Fijo Indefinido

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		TOTAL ACTIVOS
Concepto	Valor	Concepto	Valor	
Salarios	[]	Vivienda	[]	\$ []
Honorarios	[]	Alimentación	[]	
Comisiones	[]	Educación	[]	
Rentas	[]	Creditos	[]	\$ []
				TOTAL PASIVOS

3. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaro que la información aquí suministrada es verdadera y cierta. Autorizo irrevocablemente al Fondo Nacional de Ahorro - FNA para verificarla a través de los medios que considere conveniente. Igualmente me obligo a actualizar los datos reportados en este formulario una vez se produzcan cambios en ellos o que el FNA lo requiera. De igual forma autorizo al FNA o a quien represente sus derechos u obtenga en futuro la calidad de acreedor a reportar, actualizar, solicitar y divulgar a sus filiales o la Central de Información del Sector Financiero -CISF- o a cualquier otra que administre bases de datos con los mismos fines toda la información referente a mi comportamiento comercial. La presente autorización comprende no solo la facultad de reportar, procesar y divulgar sino también la de solicitar información sobre mis relaciones comerciales con cualquier otra entidad.

Declaro que he recibido la información comercial sobre los derechos y deberes que adquiere como Afiliado(a) al FNA y acepto la normatividad de la Entidad.

4. DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro que el origen de los recursos que entregare al FONDO NACIONAL DE AHORRO, corresponde a actividades lícitas que relaciono a continuación: CESANTÍAS y [] y no admitiré que terceros efectúen depósitos a mi cuenta, con dineros provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

5. TRASLADO DE OTROS FONDOS SI NO

AUTORIZO AL FONDO NACIONAL DE AHORRO PARA REALIZAR EL TRÁMITE DE TRASLADO DE MIS CESANTÍAS DEPOSITADAS EN []

Estas Cesantías corresponden a mi trabajo en las siguientes Entidades o Empresas: []

Firma Solicitante: []

Documento Identidad No: []

Huella Dactilar

La calidad de Afiliado Activo Aportante se adquiere solo por aportes realizados por vínculo laboral vigente.

Magangué 10 de Diciembre de 2003.

Doctor.
ABRAHAN GUERRA
Coordinador Medico

Por medio de la presente me dirijo a usted para solicitarle un permiso para el día 11 de Diciembre del año en curso.

Gracias por la atención prestada

Atentamente


MARIA LETICIA PATIÑO.
Medico General

*Wipha
Catalina Guerra*

74

Magangué 25 de Noviembre de 2003.

Doctor:
ABRAHAM GUERRA
Coordinador Médico de la ESE Municipal.
Ciudad

Cordial Saludo,

Por medio de la presente me dirijo a usted para solicitarle un permiso para los días Jueves y Viernes 27 y 28 de noviembre del año en curso por motivo familiares

Gracias por la atención prestada.

Atentamente.


MARIA PATIÑO
Médico General.

*VP 2003
Abraham Guerra
25-11-03
B
5 pat.*

Magangué, 01 de octubre de 2003

Doctor
ABRAHAM GUERRA CH.
Jefe de atención médica
E.S.E. Municipal.

Cordial saludo.

Por medio del presente solicito a usted el favor de concederme permiso laboral por el día jueves 02 de octubre, ya que por motivos de índole personal me urge ausentarme de la ciudad.

Agradeciéndole la atención prestada.

Atentamente.

Maria Patiño C.
MARIA PATIÑO
Médico Centro de Salud de Pastrana.

*Recibi
7- Oct 03
Vo. M. G.
Abraham Guerra*



FORMULARIO DE VINCULACION O ACTUALIZACION AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

DEPENDIENTE INDEPENDIENTE

NUMERO RADICACION	_____
FECHA	_____
NO. SUBORDINADA RECEPTORA	_____

75

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

No. DOCUMENTO		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE	
TIPO DE DOCUMENTO		SEXO		NACIONALIDAD		DEPARTAMENTO RESIDENCIA	
FECHA NACIMIENTO		MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	
OCCUPACION O OFICIO		CODIGO		SALARIO MENSUAL		ES EMPLEADOR	
MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	

DATOS DEL EMPLEADO O ENTIDAD AGRUPADORA

No. DOCUMENTO		NOMBRE O RAZON SOCIAL		SUCORRAL		NATURALEZA	
TIPO DE DOCUMENTO		DIRECCION		MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	
DIRECCION		MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		TELEFONO	

INFORMACION DE BENEFICIARIOS

No.	No. DOCUMENTO	SEXO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	SEXO	FECHA NACIMIENTO	COM. ANOS	INCL. INTV.
1									
2									
3									
4									
5									
6									

II. VINCULACION A PENSIONES

DEPENDIENTE		SI CONSIDERA QUE LA LEY DE PENSIONES LE DA DERECHO A LAS PENSIONES DE VEJEZ O A LAS PENSIONES DE INVALIDEZ		SI MARCO TRASLADO: INDIQUE ADMINISTRADORA DE PENSIONES ANTERIOR		SUSPENDIDO	
ACTIVACION		SI CONSIDERA QUE LA LEY DE PENSIONES LE DA DERECHO A LAS PENSIONES DE VEJEZ O A LAS PENSIONES DE INVALIDEZ		SI MARCO TRASLADO: INDIQUE ADMINISTRADORA DE PENSIONES ANTERIOR		SUSPENDIDO	
ACTIVACION		SI CONSIDERA QUE LA LEY DE PENSIONES LE DA DERECHO A LAS PENSIONES DE VEJEZ O A LAS PENSIONES DE INVALIDEZ		SI MARCO TRASLADO: INDIQUE ADMINISTRADORA DE PENSIONES ANTERIOR		SUSPENDIDO	
ACTIVACION		SI CONSIDERA QUE LA LEY DE PENSIONES LE DA DERECHO A LAS PENSIONES DE VEJEZ O A LAS PENSIONES DE INVALIDEZ		SI MARCO TRASLADO: INDIQUE ADMINISTRADORA DE PENSIONES ANTERIOR		SUSPENDIDO	

PREPARADO POR LA SUBDIRECCION DE PLANIFICACION Y SERVICIO RADICACIONAL - BOGOTA

LEA LAS INSTRUCCIONES QUE SE ENCUENTRAN AL RESPALDO ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMATO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

SOLICITUD DE VINCULACION DEL TRABAJADOR AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES

SEGURO SOCIAL
Protección Laboral

11-07-03¹⁰

FECHA MES DIA HORA
NÚMERO RADICACION

CIUDAD _____ FECHA DE INSCRIPCIÓN
AÑO _____ MES _____ DIA _____

AFILIACION ACTUALIZACIÓN O MODIFICACION RETIRO

I. INFORMACION DEL TRABAJADOR

N° DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
33.199.485 <small>INTÉP DV</small>	Patino	Candanosa	María Leticia
FECHA NACIMIENTO	INGRESO MENSUAL	SEXO	NACIONALIDAD
7.965.19.03	\$ 7.007.577	<input checked="" type="checkbox"/> M	Colombiana
		EPS - ACTUAL	
		Salud Coop	
DIRECCION DONDE LABORA		CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
Centro de salud Pustruna		Magangué	Bolívar
DIRECCION RESIDENCIA		CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
San Mateo Calle 17 B # 33-96		Magangué	Bolívar
TELÉFONO 6882394			
OCUPACION / CARGO ACTUAL			
Médico 4 Horas.			

II. INFORMACION DEL EMPLEADOR

N° DOCUMENTO	RAZON SOCIAL O NOMBRE	SUCURSAL
806013598 <small>CARTEL</small>	Empresa Social del Estado del Municipio de Magangué	
DIRECCION DE LA EMPRESA		CIUDAD/MUNICIPIO
Centro de salud campo Carretera principal		Magangué
		DEPARTAMENTO
		Bolívar
		TELÉFONO
		6882108

III. INFORMACION DE BENEFICIARIOS

TIPO DOC.	NUMERO DOC.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	SEXO	FECHA NACIMIENTO			COD. PAR.	TIPO NOV.
						AÑO	MES	DIA		
1	29598649	Cano	Patino	Ivan David	M	1996	03	09	4	I
2	R 29598647	Cano	Patino	Jorge Iván	M	1998	07	10	4	I
3					M					
4					M					

SF.31002

IV. FIRMA

<p>DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACION QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA</p>	 FIRMA REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA	 FIRMA TRABAJADOR	 FUNCIONARIO RESPONSABLE ARP
--	---	--	--

FECHA DE RADICACIÓN

NUMERO DE RADICACIÓN

5239460



NIT. 800.250.119-1

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN E INSCRIPCIÓN A LA EPS

REGIMEN CONTRIBUTIVO PARA TRABAJADORES DEPENDIENTES Y SERVIDORES PÚBLICOS

LEA LAS INSTRUCCIONES QUE SE ENCUENTRAN AL RESPALDO ANTES DE REMPLENAR ESTE FORMULARIO

I. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL COTIZANTE O CABEZA DE GRUPO FAMILIAR

TIPO DE AFILIACIÓN: INDIVIDUAL COLECTIVA

FECHA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA: A M D

IDENTIFICACIÓN DEL COTIZANTE

1er. APELLIDO: _____ 2do. APELLIDO O DE CASADA: _____ NOMBRE: _____

IDENTIFICACIÓN: _____ DV: _____ TIPO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ AÑO: _____ MES: _____ DÍA: _____ SEXO: _____ M F

DIRECCIÓN DONDE LABORA: _____ DEPARTAMENTO: _____ TELEFONO: _____ FAX: _____

CIUDAD/MPIO: _____ DEPARTAMENTO: _____ TELEFONO: _____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: _____ DEPARTAMENTO: _____ TELEFONO: _____

CIUDAD/MPIO: _____ DEPARTAMENTO: _____ TELEFONO: _____

ENTIDAD ANTERIOR DE PREVISIÓN O SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD O EPS: _____

NOMBRE DE ENTIDAD: _____ CÓDIGO: _____

IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS: _____

PARENTESCO: _____

CAUSALES DE SUBSCRIPCIÓN: _____

OTROS: _____

PAONES: _____

MAJOS: _____

COMPAÑERÍA (O): _____

CONYUGUE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

SEXO: _____

NOMBRES COMPLETOS BENEFICIARIOS: _____

1er. APELLIDO: _____ 2do. APELLIDO: _____ NOMBRES: _____

M: _____ F: _____ AÑO: _____ MES: _____ DÍA: _____

7: _____ 8: _____ 9: _____

10: _____ 11: _____ 12: _____

DIRECCIÓN RESIDENCIA: _____ TELEFONO: _____ MUNICIPIO: _____ DEPARTAMENTO: _____

CÓDIGO: _____

OBSERVACIONES:

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: _____ 27: _____ 28: _____ 29: _____ 30: _____

31: _____ 32: _____ 33: _____ 34: _____ 35: _____ 36: _____ 37: _____ 38: _____ 39: _____ 40: _____

41: _____ 42: _____ 43: _____ 44: _____ 45: _____ 46: _____ 47: _____ 48: _____ 49: _____ 50: _____

51: _____ 52: _____ 53: _____ 54: _____ 55: _____ 56: _____ 57: _____ 58: _____ 59: _____ 60: _____

61: _____ 62: _____ 63: _____ 64: _____ 65: _____ 66: _____ 67: _____ 68: _____ 69: _____ 70: _____

71: _____ 72: _____ 73: _____ 74: _____ 75: _____ 76: _____ 77: _____ 78: _____ 79: _____ 80: _____

81: _____ 82: _____ 83: _____ 84: _____ 85: _____ 86: _____ 87: _____ 88: _____ 89: _____ 90: _____

91: _____ 92: _____ 93: _____ 94: _____ 95: _____ 96: _____ 97: _____ 98: _____ 99: _____ 100: _____

DECLARACION JURADA: BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO DECLARO QUE EL (LOS) COTIZANTE (S) Y BENEFICIARIO (S) REPORTADO (S) NO ESTÁ (N) AFILIADO (S) A OTRA EPS

FIRMA Y C.C. TRABAJADORES DEPENDIENTES Y SERVIDORES PÚBLICOS

SEÑOR AFILIADO: APLICAMOS ABSTENERSE DE ENTREGAR DINERO A NUESTROS FUNCIONARIOS. PARA CONSIGNAR SU COTIZACIÓN SALUDCOOP HA PREVISTO UN IMPORTANTE NÚMERO DE OFINAS BANCARIAS EN LAS CUALES PODRA HACER SUS PAGOS COMODAMENTE.

II. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL EMPLEADOR

IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR: _____

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: _____

DV: _____ TIPO: _____

DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL: _____

TELÉFONO: _____ FAX: _____

CÓDIGO: _____ DEPARTAMENTO: _____

ACTIVIDAD ECONÓMICA: _____

CIUDAD/MPIO: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO: _____

FECHA DE INGRESO: _____ AÑO: _____ MES: _____ DÍA: _____ CARGO: _____ INGRESO BASE \$: _____

CIUDAD: _____

FECHA DILIGENCIAMIENTO: _____

FIRMA EMPLEADOR: _____

III. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

CÓDIGO TELEFÓNICO

76

11

CASO I
FORMULARIO DE SOLICITUD DE REGISTRO EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN EL TERRITORIO NACIONAL

Si esta persona tiene el estatus de beneficiario de un EPS y el trabajador se encuentra vigente en el momento de presentar el formulario, el formulario F-1002.

Si usted es trabajador independiente o desempleado, en este caso deberá diligenciar el formulario F-1002.

Si esta persona está afiliado al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y esta afiliación está vigente.

Antes de proceder al diligenciamiento del formulario se debe tener en cuenta lo siguiente:

1. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en el Territorio Nacional.

2. Todo empleador o patrono está obligado a afiliarse a la Seguridad Social en Salud.

3. Salvo las circunstancias previstas en la ley una vez afiliado el trabajador solo podrá cambiar de afiliación o afiliarse a otro EPS.

4. El trabajador cotiza y su grupo familiar dependiente en la misma EPS.

5. El trabajador debe estar en condiciones de prestar servicios por un periodo de tiempo establecido por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

6. El trabajador debe estar en condiciones de cotizar a la Seguridad Social en Salud.

7. La veracidad de la información contenida en el formulario F-1002 es responsabilidad de quien la consigna.

8. Una vez diligenciado el formulario para el trabajador por parte del trabajador o servidor público debe entregarse al empleador quien tiene la obligación de registrar el trabajador en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

9. Con la entrega del formulario al trabajador o servidor público se otorga un recibo de entrega del formulario F-1002.

10. Para la parte superior del formulario de afiliación al EPS se requiere además del contacto y dirección del beneficiario, el contacto y dirección del empleador o servidor público.

11. Cuando se trata de beneficiarios que cotizan en el mismo EPS de la misma EPS de la misma EPS y al pago de la EPS de la misma EPS.

12. Cuando se trata de beneficiarios que cotizan en diferentes EPS de la misma EPS de la misma EPS.

13. Cuando se trata de beneficiarios que cotizan en diferentes EPS de la misma EPS de la misma EPS.

14. Cuando se trata de beneficiarios que cotizan en diferentes EPS de la misma EPS de la misma EPS.

15. Cuando se trata de beneficiarios que cotizan en diferentes EPS de la misma EPS de la misma EPS.

16. Cuando se trata de beneficiarios que cotizan en diferentes EPS de la misma EPS de la misma EPS.

17. Cuando se trata de beneficiarios que cotizan en diferentes EPS de la misma EPS de la misma EPS.

18. Cuando se trata de beneficiarios que cotizan en diferentes EPS de la misma EPS de la misma EPS.

19. Cuando se trata de beneficiarios que cotizan en diferentes EPS de la misma EPS de la misma EPS.

20. Cuando se trata de beneficiarios que cotizan en diferentes EPS de la misma EPS de la misma EPS.

21. Cuando se trata de beneficiarios que cotizan en diferentes EPS de la misma EPS de la misma EPS.

22. Cuando se trata de beneficiarios que cotizan en diferentes EPS de la misma EPS de la misma EPS.

23. Cuando se trata de beneficiarios que cotizan en diferentes EPS de la misma EPS de la misma EPS.

24. Cuando se trata de beneficiarios que cotizan en diferentes EPS de la misma EPS de la misma EPS.

25. Cuando se trata de beneficiarios que cotizan en diferentes EPS de la misma EPS de la misma EPS.

Fecha de Afiliación al Sistema: indique los días, meses y (y) día de la fecha en la cual se afilió por primera vez a una Entidad Promotora de Salud.

Información para ser diligenciada por el trabajador o cabeza del grupo familiar.

Identificación del cotizante.

Deberá llenar los espacios correspondientes a:

Apellidos y Nombres: Escríbalos según el orden establecido y conforme figure en el documento de identidad.

Sexo: Marque con una equis (X) al frente de la casilla correspondiente.

Fecha de Nacimiento: Escríbalos los dos últimos dígitos y en números arábigos la fecha (año, mes y día).

Nombre de la Entidad: Escríbalo el nombre de la Entidad en la cual se encuentra afiliado o de la cual se retiró. En caso de traslado el afiliado debe especificar que su decisión se hizo y voluntaria.

Entidad Promotora de Previsión o Seguridad Social en Salud o EPS.

Entidad anterior de Previsión o Seguridad Social en Salud o EPS.

Identificación de Beneficiarios.

Número de identificación: Escríbalo completo el número del documento de identificación.

TD. Tipo de documentación: coloque si es:

C.C.: Cédula de Ciudadanía.

C.E.: Cédula de Extranjería.

T.I.: Tarjeta de Identidad.

NIT: Número de Identificación Tributaria.

Sexo: Marque con una equis (X) al frente de la casilla correspondiente.

Fecha de Nacimiento: Escríbalos los dos últimos dígitos y en números arábigos la fecha (año, mes y día).

Parámetros: Marque con una equis (X) el tipo de documento que anexa los documentos que acreditan el contacto.

Parámetros - Otros: Señale otros cuando no asíe con respecto a algunos de los parámetros previstos y que cumple con los requisitos de ley.

Dirección, residencia, teléfono, departamento, municipio: Escriba estos datos del beneficiario en el mismo orden del campo.

El número y deberá ser diligenciado por el afiliado o cabeza del grupo familiar.

BORRONES MITACIONES.

DIGENCIE EL FORMULARIO A MAQUINA O LETRA IMPRINTA LEGIBLE Y CLARA SIN BORRONES NI TACHONES.

El número y deberá ser diligenciado por el afiliado o cabeza del grupo familiar.

Si esta persona tiene el estatus de beneficiario de un EPS y el trabajador se encuentra vigente en el momento de presentar el formulario, el formulario F-1002.

Si usted es trabajador independiente o desempleado, en este caso deberá diligenciar el formulario F-1002.

Si esta persona está afiliado al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y esta afiliación está vigente.

Antes de proceder al diligenciamiento del formulario se debe tener en cuenta lo siguiente:

1. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en el Territorio Nacional.

II. Información para ser diligenciada por el empleador.

Identificación del Empleador.

Número de identificación del afiliado o jefe de familia.

Identificación del cotizante.

Deberá llenar los espacios correspondientes a:

Apellidos y Nombres: Escríbalos según el orden establecido y conforme figure en el documento de identidad.

Sexo: Marque con una equis (X) al frente de la casilla correspondiente.

Fecha de Nacimiento: Escríbalos los dos últimos dígitos y en números arábigos la fecha (año, mes y día).

Nombre de la Entidad: Escríbalo el nombre de la Entidad en la cual se encuentra afiliado o de la cual se retiró. En caso de traslado el afiliado debe especificar que su decisión se hizo y voluntaria.

Entidad Promotora de Previsión o Seguridad Social en Salud o EPS.

Entidad anterior de Previsión o Seguridad Social en Salud o EPS.

Identificación de Beneficiarios.

Número de identificación: Escríbalo completo el número del documento de identificación.

TD. Tipo de documentación: coloque si es:

C.C.: Cédula de Ciudadanía.

C.E.: Cédula de Extranjería.

T.I.: Tarjeta de Identidad.

NIT: Número de Identificación Tributaria.

Sexo: Marque con una equis (X) al frente de la casilla correspondiente.

Fecha de Nacimiento: Escríbalos los dos últimos dígitos y en números arábigos la fecha (año, mes y día).

Parámetros: Marque con una equis (X) el tipo de documento que anexa los documentos que acreditan el contacto.

Parámetros - Otros: Señale otros cuando no asíe con respecto a algunos de los parámetros previstos y que cumple con los requisitos de ley.

Dirección, residencia, teléfono, departamento, municipio: Escriba estos datos del beneficiario en el mismo orden del campo.

El número y deberá ser diligenciado por el afiliado o cabeza del grupo familiar.

BORRONES NI TACHONES.

DIGENCIE EL FORMULARIO A MAQUINA O LETRA IMPRINTA LEGIBLE Y CLARA SIN BORRONES NI TACHONES.

El número y deberá ser diligenciado por el afiliado o cabeza del grupo familiar.

Si esta persona tiene el estatus de beneficiario de un EPS y el trabajador se encuentra vigente en el momento de presentar el formulario, el formulario F-1002.

Si usted es trabajador independiente o desempleado, en este caso deberá diligenciar el formulario F-1002.

Si esta persona está afiliado al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y esta afiliación está vigente.

Antes de proceder al diligenciamiento del formulario se debe tener en cuenta lo siguiente:

1. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en el Territorio Nacional.

E.S.E. DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE

RESOLUCIÓN No. 0024 DE 2003
(Mayo 12)

77

"Por medio del cual se efectúa un nombramiento en Provisionalidad en la Planta de cargos de La Empresa Social del Estado del Municipio de Magangué".

EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE, en uso de sus atribuciones estatutarias y legales,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Nómbrase en Provisionalidad a la Doctora **MARIA LETICIA PATINO CANDANOSA**, identificada con la cédula de ciudadanía número 33.199.485 expedida en Magangue en el cargo de **MEDICO 4 HORAS**, código 310 con una asignación mensual de \$ 1.001.571.00.

ARTICULO SEGUNDO: Envíese copia de la presente Resolución a la interesada para su debida posesión y a servicios Administrativos para los fines pertinentes.

ARTICULO TERCERO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Magangue a los doce (12) días del mes de Mayo de dos mil tres (2003).

EMILIA MENDOZA RAAD
Gerente

ENTIDAD RECEPTORA
ALCALDIA DE MAGANGUE

FORMATO UNICO
HOJA DE VIDA

(LEY 190 DE 1.995)

República de Colombia
Departamento Administrativo de la
Función Pública



INFORMACION BASICA

I DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO: PATINO
SEGUNDO APELLIDO: CARRANOSA
NOMBRES: MARIA LETICIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: CC CE CD CA CC

NÚMERO: 33199485

NACIONALIDAD: COL EXTRANJERA

PAIS ESTANIERO: PAIS ESTANIERO

ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO CRIO OTRO

DEPARTAMENTO: BOYACÁ
MUNICIPIO: MAGANGUE

PAIS DE RESIDENCIA: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: BOYACÁ
MUNICIPIO: MAGANGUE

FECHA DE NACIMIENTO: 12/03/65

ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO CRIO OTRO

PERSONAS A CARGO: 3

II FORMACION ACADÉMICA

EDUCACION BASICA Y MEDIA: MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1 A 6 DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6 Y 11 DE EDUCACION BASICA Y MEDIA)

EDUCACION: BÁSICA SECUNDARIA MEDIA

TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER

2. EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DIFERENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO
EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA TC (TÉCNICA), TT (TECNOLOGÍA), TE (TECNOLOGÍA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA), ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DC (DOCTORADO O PhD).

ACADÉMICA	SEMESTRES APROBADOS	GRADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS
UN	12	X	MEDICO CIBUANO

EN CASO QUE SUS ESTUDIOS SEAN POR MÓDULOS, CREDITOS O AÑOS CONVIENTALOS EN SEMESTRES EN SU O SUS PROFESIONES ESTAN REGLAMENTADAS, DILIGENCIE ESTE CUADRO

PROFESION O TÍTULO

DE LA MATRÍCULA O TÍTULO PROFESIONAL

III TIEMPO DE EXPERIENCIA Y SITUACION LABORAL

INDIQUE EL NOMBRE DE LA ÚLTIMA ENTIDAD PÚBLICA O PRIVADA EN LA QUE LABORA COMO SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA DE PRESTACION DE SERVICIOS:

SECRETARIA DE SALUD DE CUCO BOYACÁ

SISTEMA UNICO DE INFORMACION DE PERSONAL

OCCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA (AÑOS)	TIEMPO DE EXPERIENCIA (MESES)	TIEMPO DE EXPERIENCIA (DÍAS)	NO	SI
SERVIDOR PÚBLICO	4			X	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	31			X	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE O POR CUENTA PROPIA					X
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA	35				



República de Colombia
Departamento Administrativo de la
Función Pública

FORMATO UNICO
HOJA DE VIDA
(LEY 190 DE 1.985)

ENTIDAD RECEPTORA
ALCALDIA DE MAGANGUE

78

INFORMACION DETALLADA

IV. FORMACION ACADÉMICA

A PARTIR DE ESTE CUADRO II SOBRE 'FORMACION ACADÉMICA' DE LA HOJA DE INFORMACION BASICA, COMPLEMENTE LOS DATOS DE FECHAS DE TERMINACION, ESTABLECIMIENTOS Y MUNICIPIOS DONDE CURSO LOS ESTUDIOS DE EDUCACION BASICA, MEDIA Y EDUCACION SUPERIOR.

1. EDUCACION BASICA Y MEDIA

FECHA DE TERMINACION	MESES	AÑO	ESTABLECIMIENTO DONDE CURSO EL ÚLTIMO AÑO	MUNICIPIO
	12	85	LICEO JOAQUIN.F. VEEZ	MAGANGUE

2. EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

MODALIDAD DE FORMACION ACADÉMICA (MES Y AÑO)	ESTABLECIMIENTO	MUNICIPIO
UN 0893	UNIVERSIDAD METROPOLITANA	BARRANQUILLA

3. OTROS ESTUDIOS

RELACIONE: CAP DEL SENA, CURSOS, DIPLOMADO, ESTUDIOS DE EDUCACION NO FORMAL, SIMPOSIOS, TALLERES Y DEMAS ESTUDIOS QUE PUEDA COMPROBAR MEDIANTE CERTIFICADOS

NOMBRE	ESTABLECIMIENTO	HORAS	AÑO
PRIMER SIMPOSIO MEDICO QUIRURGICO	ASHEDAS-ESE HOSP.S.J. DE DIOS	16	1996
ACTUALIZACIÓN EN CIENCIAS DE SALUD	OBRA SOCIAL DIOCESANA	8	1996
CAPACITACION EN SALUD REPRODUCTIVA	DASALUD	12	1997
2do CONGRESO SUCEENO DE GIN Y OBST.	SOC SUCEENA DE GIN. Y OBST.	16	2002

- EMPLEADOR O CONTRATANTE -



República de Colombia
Departamento Administrativo de la
Función Pública

FORMATO UNICO HOJA DE VIDA

(LEY 190 DE 1.995)

ENTIDAD RECEPTORA
ALCALDIA DE MAGANGUE

INFORMACION DETALLADA

V. PUBLICACIONES, INVESTIGACIONES E IDIOMAS

1. PUBLICACIONES E INVESTIGACIONES REALIZADAS

2. ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLE, LEE Y ESCRIBE DE FORMA REGULAR, BIEN O MUY BIEN

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE			OBSERVACIONES
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	

VI. EXPERIENCIA LABORAL

TENGA EN CUENTA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

- A) RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL O ÚLTIMO EMPLEO O SERVICIO PRESTADO.
- B) PARA DEDICACION: TC=TIEMPO COMPLETO, MT= MEDIO TIEMPO, TP=TIEMPO PARCIAL, OD= OTRA DEDICACION (EN ESTE CASO INDIQUE CUAL).
- C) PARA C.R. (CAUSA DEL RETIRO), ESCRIBA EL NUMERO CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON LOS SIGUIENTES MOTIVOS:
 - 01 TERMINACION DE LA OBRA, DEL PLAZO DEL CONTRATO O VENCIMIENTO DEL PERIODO
 - 02 JUSTA CAUSA POR PARTE DEL EMPLEADOR O INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA
 - 03 JUSTA CAUSA POR PARTE DEL TRABAJADOR O INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATANTE
 - 04 CLAUSURA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO O SUPRESION DEL CARGO
 - 05 CESE DE ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR POR MAS DE 120 DIAS
 - 06 ABANDONO DEL CARGO
 - 07 DECISION UNILATERAL O DECLARACION DE INSUBSISTENCIA
 - 08 SENTENCIA EJECUTORIA REVOCATORIA O INVALIDAD DEL NOMBRAMIENTO
 - 09 JUBILACION O PENSION DE INVALIDEZ
 - 10 RENUNCIA VOLUNTARIA O POR MUTUO ACUERDO

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD PROSALUD I.P.S	PUBLICA 1	PRIVADA 2	PAIS COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOLIVAR	MUNICIPIO MAGANGUE	DIRECCION AV. COLOMBIA	
TELEFONOS 6876479	FECHA DE INGRESO DIA: 18 MES: 12 AÑO: 2000	TIEMPO DE SERVICIO AÑOS: 2 MESES: 13 DIAS: 13	DEDICACION TC <input type="checkbox"/> MT <input checked="" type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DE PLANTA	DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA		

EMPLEOS O CONTRATOS ANTERIORES

EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SAUD DE CUCUCO	PUBLICA 1	PRIVADA 2	PAIS COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOLIVAR	MUNICIPIO CUCUCO	DIRECCION LA PEÑA	
TELEFONOS 6875604	FECHA DE INGRESO DIA: 03 MES: 12 AÑO: 2001	FECHA DE RETIRO DIA: 30 MES: 09 AÑO: 2001	TIEMPO DE SERVICIO AÑOS: 4 MESES: 4 DIAS: 4
ULTIMO CARGO O CONTRATO MEDICO DE PLANTA	DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA		

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA 1	PRIVADA 2	PAIS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCION	
TELEFONOS	FECHA DE INGRESO DIA: MES: AÑO:	FECHA DE RETIRO DIA: MES: AÑO:	TIEMPO DE SERVICIO AÑOS: MESES: DIAS:
ULTIMO CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		

- EMPLEADOR O CONTRATANTE -



República de Colombia
Departamento Administrativo de la
Función Pública

(LEY 190 DE 1995)

HOJA DE VIDA
FORMATO UNICO

INFORMACION DETALLADA

DE INFORMACION ACADÉMICA

A PARTIR DE ESTE CUADRO II SOBRE FORMACION ACADÉMICA DE LA HOJA DE INFORMACION BÁSICA, COMPLETAR LOS DATOS DE FECHAS DE TERMINACIÓN, ESTABLECIMIENTOS Y MUNICIPIOS DONDE CURSÓ LOS ESTUDIOS DE EDUCACION BÁSICA, MEDIA Y EDUCACION SUPERIOR.

1. EDUCACION BÁSICA Y MEDIA

FECHA DE TERMINACIÓN	12/85	ESTABLECIMIENTO DONDE CURSÓ EL ÚLTIMO AÑO	LICEO JOAQUÍN F. VEZ	MUNICIPIO	MAGANGUE
----------------------	-------	---	----------------------	-----------	----------

2. EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

BOLETA DE FORMACION ACADÉMICA (MES Y AÑO)	ESTABLECIMIENTO	MUNICIPIO
UNIVERSIDAD	UNIVERSIDAD METROPOLITANA BARRABAZILLA	

3. OTROS ESTUDIOS

RELACIONE: CAP DEL SEMA, CURSOS, DIPLOMADO, ESTUDIOS DE EDUCACION NO FORMAL, SIMPOSIOS, TALLERES Y DEMAS ESTUDIOS QUE PUEDA COMPENSAR MEDIANTE CERTIFICADOS

NOMBRE	ESTABLECIMIENTO	HORAS	AÑO
PIBEE SIMPOSIO MEDICO QUIRURGICO	SHEDAS-ESE HOSP.S. DE DIOS	16	1996
ACTUALIZACION EN TECNICAS DE SALUD	OBRA SOCIAL DIOCESANA	8	1996
APLICACIONES EN SALUD REPRODUCTIVA	MASALUD	12	1997
2do CONGRESO SUCCESIVO DE GIN Y OBST.	SOC SUCCESIVA DE GIN Y OBST.	16	2002

- EMPLEADOR O CONTRATANTE -

ENTIDAD RECEPTORA
ALCALDIA DE MAGANGUE

78



República de Colombia
Departamento Administrativo de la
Función Pública

FORMATO UNICO
HOJA DE VIDA

(LEY 190 DE 1.995)

7
79

INFORMACION DETALLADA

VI. EXPERIENCIA LABORAL (CONTINUACION)

EMPRESA O ENTIDAD										PUBLICA		PRIVADA		PAIS				
DEPARTAMENTO										1		2						
MUNICIPIO										DIRECCION								
TELEFONOS		FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO			TIEMPO DE SERVICIO			DEDICACION		ESPECIFIQUE "OD"					
		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	AÑOS	MESES	DIAS	TC	1	MT	2	TP	3	OD	4
ULTIMO CARGO O CONTRATO										DEPENDENCIA								

EMPRESA O ENTIDAD										PUBLICA		PRIVADA		PAIS				
DEPARTAMENTO										1		2						
MUNICIPIO										DIRECCION								
TELEFONOS		FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO			TIEMPO DE SERVICIO			DEDICACION		ESPECIFIQUE "OD"					
		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	AÑOS	MESES	DIAS	TC	1	MT	2	TP	3	OD	4
ULTIMO CARGO O CONTRATO										DEPENDENCIA								

EMPRESA O ENTIDAD										PUBLICA		PRIVADA		PAIS				
DEPARTAMENTO										1		2						
MUNICIPIO										DIRECCION								
TELEFONOS		FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO			TIEMPO DE SERVICIO			DEDICACION		ESPECIFIQUE "OD"					
		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	AÑOS	MESES	DIAS	TC	1	MT	2	TP	3	OD	4
ULTIMO CARGO O CONTRATO										DEPENDENCIA								

VII. HABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

MANIFIESTO BAJO GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE: SI NO ME ENCUENTRO INCURSO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA OCUPAR UN CARGO O EMPLEO PUBLICO, O PARA CELEBRAR UN CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS (ART. 1° DE LA LEY 190/95).

OBSERVACIONES:

VIII. FIRMA DEL ASPIRANTE

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

Flavia Patricia C.
FIRMA *cc# 33199485 H/95*

IX. OBSERVACIONES DE LA UNIDAD DE PERSONAL

CERTIFICO QUE LA INFORMACION AQUI SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE EL ASPIRANTE HA PRESENTADO COMO SOPORTE. (ART. 4° DE LA LEY 190/95).

David Brato Sampayo
NOMBRE Y FIRMA JEFE DE PERSONAL

- EMPLEADOR O CONTRATANTE -



República de Colombia
Departamento Administrativo de la
Función Pública

FORMATO UNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)



Entidad Receptora:
Alcaldía Magangué

I. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

TC. **MARIA LETICIA PATIÑO CAUDANOSA**

IDENTIFICADO CON: C.E. T.I. Nº **33199485** CON DC

PAIS **COLOMBIA** DEPARTAMENTO **BOLIVAR** MUNICIPIO **MAGANGUÉ**

DIRECCION **CALLE 13B # 33-96** TELEFONOS **6882394**

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	PARENTESCO
JUAN DAVID CANO PATIÑO	RG: 29598542	HIZO
JORGE IVAN CANO PATIÑO	RG: 29598641	HIZO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3º, DE LA CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995 PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGURADOS PREVIAMENTE QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTA QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

1. LOS INGRESOS Y RENTAS QUE OBTUVE EN EL ÚLTIMO AÑO GRAVABLE FUERON:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMAS INGRESOS LABORALES	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 12.000.000
GASTOS DE REPRESENTACION	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	12.000.000

2. LAS CUENTAS CORRIENTES Y DE AHORRO QUE POSEO EN COLOMBIA Y EN EL EXTERIOR SON:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA

3. MAS BIENES PATRIMONIALES SON LOS SIGUIENTES:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
1 AUTOMOVIL	FORD FESTIVA MODELO 96 Q6Q 181	\$ 8.000.000

80



EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION

LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA

DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO COMPLETADOS POR NUESTRO ALUMNO

MARIA LETICIA PATIÑO CANDANOSA

C.C.N. 33.199.485 de Magangué. Bol.

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS
ESTATUTOS UNIVERSITARIOS LE OTORGA EL TITULO DE

MEDICO Y CIRUJANO

EN CONSTANCIA DE ELO SE FIRMA Y REFERENDA
CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD

Jose Luis de la Hoz
VICE RECTOR

[Signature]
RECTOR

[Signature]
DIRECTOR DEL PROGRAMA

SECRETARIA DE EDUCACION
DEPARTAMENTAL

UNIVERSIDAD METROPOLITANA

CIENCIAS DE LA SALUD

Acta de Grado: Programa **MEDICINA**

Código: MD-40-1957-94

Otorgada a: **MARIA LETICIA PATIÑO CANDANOSA**
C.C. No. 33.199.485 de Magangué -Bol.

En Barranquilla a los 19 días del mes de agosto de 1994 el Consejo Directivo, el Rector de la Universidad Metropolitana y su Vice-Rector, Decano de División, Directores de Programa de Medicina, Bacteriología, Fisioterapia, Enfermería, Psicología, Odontología, Trabajo Social, Nutrición y Dietética, Filosofía y Letras y Fonoaudiología en presencia de su cuerpo docente se reúnen en el Salón de Actos de la Institución para, en uso de sus facultades estatutarias que le han sido conferidas por el Ministerio de Educación del Gobierno de Colombia, otorgar grado Académico al alumno del programa de: **MEDICINA** después de la toma del juramento el Señor Rector entregó el Diploma de:

MEDICO Y CIRUJANO

Que dice así:

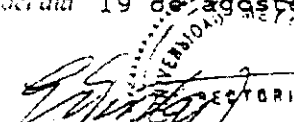
EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA COLOMBIA HABIENDO SIDO COMPLETADOS POR NUESTRO ALUMNO: **MARIA LETICIA PATIÑO CANDANOSA** TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS


LE OTORGA EL TITULO DE:

MEDICO Y CIRUJANO

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA.

Tras de felicitar a los graduados se dio por clausurado el Acto de Grado siendo las 7:00 p.m. del día 19 de agosto de 1994


Eduardo Acosta Bendek
Rector


FERNANDO VAROQUEZ OJEDA
Director del Programa de
MEDICINA


Jesús Sáez de Ibarra
Vice-Rector

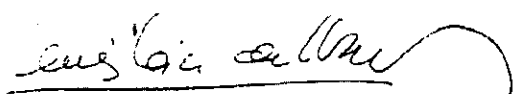
UNIVERSIDAD METROPOLITANA
Ciencias de la Salud

81

VICE-RECTOR DE LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA EN
CONFORMIDAD AL DECRETO 2150 DEL GOBIERNO NACIONAL DEL 5
DE DICIEMBRE DE 1995

CERTIFICA:

Que MARIA ESTICIA PATIÑO CANDANOSA.M.X.X.X.X.
Con cédula de ciudadanía No. 33.199.485 de Magangué - Bol.
Tiene registrado su título de MEDICO Y CIRUJANO
Acta de grado código M-40-1957-94
Registro de diploma No. M-93/40-1957-94
Anotado al folio 7 Libro -0/96 De fecha OCTUBRE 30 DE 1997
En constancia se firma y sella en Barranquilla, a los 30 días del mes de
DICIEMBRE de 1997



JESUS SAEZ DE IBARRA
Vice-Rector



Procuraduría General de la Nación

DEPARTAMENTO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

1991-107878-0003

BOGOTÁ, D.C., 10 de Mayo de 1991

Señor J. RAFAEL SANTOS MARIANO MARIA LETICIA

En el marco de la Procuraduría General de la Nación

DEPARTAMENTO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

Señor J. RAFAEL SANTOS MARIANO MARIA LETICIA

En el marco de la Procuraduría General de la Nación, en cumplimiento de las funciones que le corresponden, se ha procedido a la revisión de los antecedentes disciplinarios de los servidores públicos que se encuentran en el archivo de esta entidad, en virtud de lo establecido en el artículo 174 de la Ley 109 de 1990, en sus disposiciones derogadas.

En el presente Certificado de Antecedentes se registra la anotación de una conducta reprobatoria de índole de los tipos (E) según establece el artículo 174 de la Ley 109 de 1990, en sus disposiciones derogadas.

De igual modo se hace presente y carga que el señor SANTOS MARIANO MARIA LETICIA se encuentra en el archivo de esta entidad.

El presente Certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición en todo el territorio nacional.

En consecuencia, el señor SANTOS MARIANO MARIA LETICIA se encuentra en el archivo de esta entidad, en virtud de lo establecido en el artículo 174 de la Ley 109 de 1990, en sus disposiciones derogadas.

[Handwritten signature]

MARCELO HERIBERTO ARANGO MEJÍA
JEFE
DEPARTAMENTO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

[Handwritten signature]

CONFECCIONADO

82

OBSERVACIONES

DE ACUERDO AL FORMATO EL CERTIFICADO JUDICIAL TENDRA VALIDEZ POR UN AÑO CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICION, Y PODRA SER REPRENDADO CADA AÑO, VENIDOS LOS CINCO AÑOS PERDERA SU VIGENCIA, NO PODRA REPRENDARSE Y DEBERA REEMPLAZARSE POR UNO NUEVO. LOS QUE SE EXPIDIAN PARA SALIR DEL PAIS TENDRAN VALIDEZ POR TREINTA (30) DIAS. (ARTICULO 17 DEL DECRETO 2398 DE 1988).

EL CERTIFICADO QUE EXPIDA EL DAS EN BOGOTA, SERA VALIDO EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL, LOS QUE SE EXPIDAN POR CUALQUIERA DE SUS REPARTICIONES TENDRAN VALIDEZ UNICAMENTE EN EL TERRITORIO DE SU JURISDICCION. EL JEFE DEL DEPARTAMENTO PODRA EN CASOS ESPECIALES, DELEGAR A LAS REPARTICIONES QUE ESTIME CONVENIENTES LA EXPEDICION DEL CERTIFICADO JUDICIAL CON VALIDEZ NACIONAL. (ARTICULO 13 DEL DECRETO 2398 DE 1988).

LOS CERTIFICADOS JUDICIALES Y DE POLICIA, SE EXPEDIRAN SOLAMENTE EN LOS FORMATOS QUE ADOPTA EL DAS SIN QUE PUEDAN SER RETENIDOS POR NINGUNA AUTORIDAD, SALVO LOS CASOS EN QUE EL DOCUMENTO SE REQUIERA COMO PRUEBA MATERIAL DE UNA INVESTIGACION DE CARACTER PENAL. (ART. 14 DEL DECRETO 2398 DE 1988).

15 ABR 2007 *R098*

VALIDIDAD No. 8989352

FECHA DE SOLICITUD 15 ABR 2007

BUSCA ALFABETICA _____

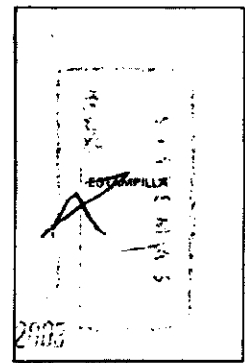
BUSCA DACTILOSCOPICA _____

COMPROBO _____

REVISO _____

MAGANGUIE 15 ABR 2007

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION



REGISTRADO T.D. No. *33.197.485*

[Signature]

[Signature]

NACIONALIDAD _____

C. No. *33.197.485*

[Signature]

AUTOGRAFO DEL SOLICITANTE

INDICE DERECHO

No. 8989352

EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SEGURIDAD

CERTIFICA

QUE EL PORTADOR DE ESTE DOCUMENTO, CUYA FOTOGRAFIA, IMPRESION DACTILAR DEL INDICE DERECHO Y NUMERO DE CEDULA ANTECEDEN.

"NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES EN LAS AUTORIDADES JUDICIALES O DE POLICIA"

[Signature]

FIRMA Y SELLO JEFE

**OBRA SOCIAL DIOCESANA
MAGANGUE**

MAYO 1º DE 1971 MAYO 1º DE 1996

Certifica

MARIA PATIÑO CANDANOSA

Que el Dr. (a) _____

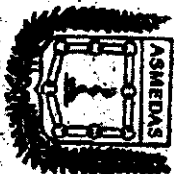
Asistió al 3o Curso de Actualización de Ciencia de la Salud realizado en Magangue el día primero de Mayo de 1996 en conmemoración de los 25 años de servicios de la Obra Social Diocesana de Magangue

CFM

Dr. Oswaldo Figueroa Arilla
Director Evento Científico

Hua Quie Regina Quisillo
Hna. Anra Regina Quisillo M.
Directora Obra Social Diocesana

83



ASMEDAS

SECCIONAL MAGANGUE - BACONAGALEVA

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE MAGANGUE



CERTIFICA

que Dr. MARIA L. PATIÑO CANDANOSA

Asistió al

PRIMER SIMPOSIO MEDICO QUIRURGICO

"Reencuentro Médicos Maganguelanos"

Realizado en la ciudad de Magangué los días 28 y 29 de Junio de 1996.

Dr. EUGENIO ALVAREZ VELASQUEZ
PRESIDENTE ASMEDAS

Dr. ALBERTO LATORRE PADAU
GERENTE E.S.E. HOSPITAL S.J. DE DIOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE BOLIVAR

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO
DE SALUD DE BOLIVAR

LABORATORIO BOEHRINGER
INGELHEIM S.A

CERTIFICA QUE:

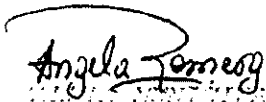
MARIA PATINO CANDANOSA


Participó en el Taller de


"CAPACITACIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA".

Realizado en la Ciudad de Medellin durante los días 20 y 21 del
mes de Septiembre de 1997.

Que durante 10 (10) horas reflexionó y se comprometió a trabajar
sobre las formas de ayudar a la población urbana y rural a que puedan decidir con eficiencia
el número de hijos que deseen tener y que el crecimiento de la población se acompañe con la
Esperanza de una vida mejor.


ANGELA ROMERO DE MARIANO


DASALUD DE BOLIVAR
DPTO. DE PROMOCION Y PREVENCION


LABORATORIOS BOEHRINGER
INGELHEIM S.A

84

S

La Sociedad Sucreña de Ginecología y Obstetricia

Certifica que

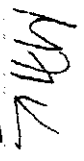
MARIA LETICIA PATIÑO

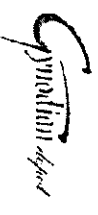
Asistió como

ASISTENTE

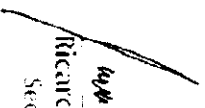
II Congreso Sucreño de Ginecología y Obstetricia

Sincelejo, Noviembre 1 y 2 de 2002


María Leticia Patiño P.
Presidente SSGO






Ricardo Domínguez
Secretario SSGO





E.S.E Rio Grande de la Magdalena
Magangué, Bolívar
En Intervención Forzosa Administrativa para Administrar
Por la Superintendencia Nacional de Salud
Nit. 806.013.598-2

85

EL ASESOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DE LA E.S.E. RIO GRANDE
DE LA MAGDALENA EN INTERVENCIÓN DEL MUNICIPIO DE MAGANGUÉ,
BOLÍVAR

CERTIFICA

Que de acuerdo a la información suministrada por la contadora Pública de la E.S.E Rio Grande de la Magdalena del Municipio de Magangué, Doctora DELIDA BARRAGÁN SÁNCHEZ, se puede evidenciar que la señor, MARIA LETICIA PATIÑO CANDANOSA, se le realizo un abono por concepto de prestaciones sociales definitiva correspondiente al periodo del 8 de mayo de 2008 al 8 de agosto de 2010 por valor de \$ 1.000.000 N° de comprobante de egreso 2857 del 11 de abril de 2011.

Quedando un saldo pendiente por valor de \$ 2.784.945.

Expido la presente certificación el 25 de Abril de 2019

OSCAR HELD RÁMREZ
Asesor Administrativo y Financiero.
ESE Rio Grande de la Magdalena

Elaboro: Leonor Carrón Barón
Asistente de Oficina Administrativa y financiera

68

Código Habilitación: 1343000179
SEDE ADMINISTRATIVA: Calle 16 No. 27-49 Centro
TELÉFONO: (5) 6875339 – Email: gerenciaesemagangué@gmail.com
Magangué - Bolívar



E.S.E Rio Grande de la Magdalena
Magangué, Bolívar
En Intervención Forzosa Administrativa para Administrar
por la Superintendencia Nacional de Salud
Nit. 806.013.598-2

Reunión
29-04-2019
Hm: 8:27
86
Correos
No firmes

Magangué, abril 25 de 2019.

Doctor:

JUAN CARLOS GALVIZ BARRIOS.

Secretario General.

Tribunal Administrativo de Bolívar – Cartagena.

Centro Avenida Venezuela, calle 33 N° 8-25 Edificio Nacional – Primer Piso – Cartagena Bol.

Correo electrónico: stadcgna@cendoj.ramajudicial.gov.co

Asunto: Respuesta al Requerimiento de Pruebas al Oficio N 2458 CPPA.

Radicación No. 130012333000-2015-00546-00

Medio de Control: Nulidad y Restablecimiento del Derecho.

Demandante: María Leticia Patiño Candanosa.

Demandada: ESE Rio Grande de la Magdalena de Magangué.

Magistrada Ponente: Claudia Patricia Peñuela Arce.

Cordial saludo,

De manera atenta me dirijo a usted, en mi condición de Profesional Especializado de la ESE RIO GRANDE DE LA MAGDALENA DE MAGANGUÉ BOLIVAR, para darle respuesta a su solicitud presentada ante esta Empresa Social del Estado de la siguiente forma:

Solicitud del Tribunal Administrativo de Bolívar:

1.) Solicita este honorable despacho, certificado en el que conste si a la fecha se ha realizado la Liquidación de las Prestaciones Sociales Definitivas de la señora María Leticia Patiño Candanosa, correspondiente al periodo laborado en la ESE, desde el 8 de mayo de 2008 al 8 de agosto de 2010. Si se han realizados pagos por dichos conceptos y en que montos, en caso afirmativo remitir copia de los actos de reconocimiento y las constancias de pagos; en caso contrario certificar cuanto se le adeuda a la demandante hasta la fecha por concepto de Prestaciones Sociales.

2.) Solicita este despacho copia íntegra y legible de la hoja de vida de la señora María Leticia Patiño Candanosa.

Tendiendo a resolver de fondo la solicitud elevada por este Despacho, en ese orden de ideas, se procede a darle respuesta a su solicitud en el siguiente sentido:

Habilitación: 1343000179
SEDE ADMINISTRATIVA: Calle 16 No. 27-49 Barrio Santa Rita
TELÉFONO: (5) 6875339 – Email: gerenciaesemagangue@gmail.com
Magangué – Bolívar



E.S.E Rio Grande de la Magdalena
Magangué, Bolívar
En Intervención Forzosa Administrativa para Administrar
por la Superintendencia Nacional de Salud
Nit. 806.013.598-2

87

Respuesta de la Solicitud N° 1: Adjunto Certificación expedida por el Jefe Administrativo y Financiero de la ESE, en la que certifica el abono por concepto de prestaciones sociales realizado a la señora María Patiño y el saldo pendiente por pagar. (1 folio).

Respuesta de la Solicitud N° 2: Adjunto copia íntegra y legible de la hoja de vida de la señora María Leticia Patiño Candanosa. (25 folios).

Anexos: Total Folios 26

Atentamente,

FERNANDA MERCEDES RODRÍGUEZ SALAS.
Profesional Especializado.
ESE Rio Grande de la Magdalena de Magangué

Habilitación: 1343000179

SEDE ADMINISTRATIVA: Calle 16 No. 27-49 Barrio Santa Rita
TELÉFONO: (5) 6875339 – Email: gerenciaesemagangue@gmail.com
Magangué – Bolívar



E.S.E Rio Grande de la Magdalena
Magangué, Bolívar
En Intervención Forzosa Administrativa para Administrar
Por la Superintendencia Nacional de Salud
Nit. 806.013.598-2

88

EL ASESOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DE LA E.S.E. RIO GRANDE
DE LA MAGDALENA EN INTERVENCIÓN DEL MUNICIPIO DE MAGANGUÉ,
BOLÍVAR

CERTIFICA

Que de acuerdo a la información suministrada por la contadora Pública de la E.S.E Rio Grande de la Magdalena del Municipio de Magangué, Doctora DELIDA BARRAGÁN SÁNCHEZ, se puede evidenciar que la señor, MARIA LETICIA PATIÑO CANDANOSA, se le realizo un abono por concepto de prestaciones sociales definitiva correspondiente al periodo del 8 de mayo de 2008 al 8 de agosto de 2010 por valor de \$ 1.000.000 N° de comprobante de egreso 2857 del 11 de abril de 2011.

Quedando un saldo pendiente por valor de \$ 2.784.945.

Expido la presente certificación el 25 de Abril de 2019

OSCAR HELD RÁMIREZ
Asesor Administrativo y Financiero.
ESE Rio Grande de la Magdalena

Elaboro: Leonor Carriona Barón
Asistente de oficina Administrativa y financiera

68

Código Habilitación: 1343000179
SEDE ADMINISTRATIVA: Calle 16 No. 27-49 Centro
TELÉFONO: (5) 6875339 – Email: gerenciaesemagangue@gmail.com
Magangué - Bolívar

E.S.E. DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE.

89

**RESOLUCIÓN No. 0024 DE 2003
(Mayo 12)**

"Por medio del cual se efectúa un nombramiento en Provisionalidad en la Planta de cargos de La Empresa Social del Estado del Municipio de Magangué".

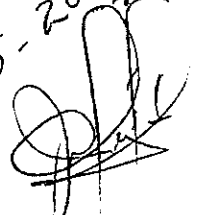
EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE, en uso de sus atribuciones estatutarias y legales,

RESUELVE:

- ARTICULO PRIMERO:** Nómbrase en Provisionalidad a la Doctora MARIA LETICIA PATIÑO CANDANOSA, identificada con la cédula de ciudadanía número 33.199.485 expedida en Magangué en el cargo de MEDICO 4 HORAS, código 310 con una asignación mensual de \$ 1.001.571.00.
- ARTICULO SEGUNDO:** Envíese copia de la presente Resolución a la interesada para su debida posesión y a servicios Administrativos para los fines pertinentes.
- ARTICULO TERCERO:** La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Magangué a los doce (12) días del mes de Mayo de dos mil tres (2003).

*Recibido
12-05-2003*


EMendoza R
EMILIA MENDOZA RAAD
Gerente

2
90

ACTA DE POSESION

Del Señor (a) MARIA LETICIA PATIÑO CANDANOSA

En Magangué, Bolívar a los DOCE (12) días del mes de Mayo de dos Mil Tres (2003), se presentó al Despacho de la Gerencia de la Empresa Social del Estado del Municipio de Magangué la doctora MARIA LETICIA PATIÑO CANDANOSA, con el objeto de tomar posesión del Cargo de MEDICO 4 HORAS para el que ha sido nombrado (a) en PROVISIONALIDAD por Resolución No 0024 de Mayo 12 /2003 emanada de la Gerencia dela ESE del Municipio de Magangué.

El posesionado (a) puso de presente su nombramiento que lo acredita como tal, identificación ciudadana No 33.199.485 expedida en Magangué, Libreta Militar No _____, Distrito No _____ Certificado Judicial No 8989352 de Magangué expedido por Departamento Administrativo de Seguridad.

Certificación de Antecedentes Ordinarios No 159895 - 2003 Expedido por La Procuraduría General de la Nación. Certificado de Paz y Salvo del Municipio, expedido por Tesorería Municipal. Certificado de estudios realizados MEDICO Y CIRUJANO.

Certificado de Aptitud Física y Mental expedido por el Doctor (a) ABRAHAN GUERRA CH.

Seguidamente el señor Gerente le toma juramento legal de rigor y bajo su gravedad y pena, prometió cumplir bien y fielmente con los deberes de su cargo, según su leal saber y entender.

Para Constancia se firma la presente diligencia como aparece.

E. Mendoza
GERENTE

Maria Leticia Candanosa
POSESIONADO

FORMULARIO DE SOLICITUD

FILIACIÓN TRASLADO

Diligenciar en tinta negra

Sector Público Sector Privado



Fondo Nacional de Ahorro
Cesantías para un mejor nivel de vida

No. 096951

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Fecha de solicitud: Día 12 Mes 12 Año 2015 Lugar Bogotá

Primer Nombre: María Segundo Nombre: Leticia Primer Apellido: Bello Segundo Apellido: Gonzalez

Lugar de Nacimiento: Bogotá Depto. Bogotá País Colombia Sexo: F M

Fecha de Nacimiento: Día 03 Mes 12 Año 1984 Tipo Doc.: C.C. C.E. T.I. NIT.

No. de Documento: 91014133 Fecha de Expedición: Día 12 Mes 12 Año 2015

Lugar de expedición: Bogotá Departamento: Bogotá

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Unión Libre Separado(a)/ Divorciado(a) No. Personas a cargo: 2

Estudios realizados: Primaria Bachillerato Tecnología Universidad Post-Grado Profesión: Médica

Tipo de Vivienda: Arrendada Familiar Propia Oficio:

Dirección Domicilio: Calle 15 No. 15-15 Ciudad: Bogotá Depto.: Bogotá Teléfono: 6332379

Barrio: Centro E-mail:

Servicio Correspondencia: a) Casa b) Oficina Celular: 3157103972

Nombre Cónyuge o compañero(a): Juan Carlos Rodríguez Actividad Económica: Asalariado(a) Independiente Hogar

Tipo Doc.: C.C. T.I. NIT. Número: 91133514

Estudios realizados: Primaria Bachillerato Tecnología Universidad Post-Grado

Trabaja en: Universidad de la Sabana Teléfono Oficina: Teléfono Casa: 5392344

2. VÍNCULO LABORAL ACTUAL (SOLO PODRÁN AFILIARSE PERSONAS QUE TENGAN VÍNCULO LABORAL VIGENTE) INFORMACIÓN FINANCIERA

Nombre o Razón Social Empleador: Empresa Municipal de Planeación

NIT. C.C. C.E. Número: E-mail empresa:

Dirección sede de trabajo: Calle 15 No. 15-15 Ciudad: Bogotá Depto.: Bogotá Teléfono: Fax:

Fecha de vinculación: D 15 M 12 A 2015 Tipo de contrato: Término Fijo Indefinido

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		TOTAL ACTIVOS
Concepto	Valor	Concepto	Valor	
Salariales <input checked="" type="checkbox"/>	\$ 30.000	Vivienda <input type="checkbox"/>	\$ 200.000	\$ 400.000
Honorarios <input type="checkbox"/>		Alimentación <input checked="" type="checkbox"/>	\$ 100.000	
Comisiones <input type="checkbox"/>		Educación <input checked="" type="checkbox"/>		TOTAL PASIVOS
Rentas <input type="checkbox"/>		Créditos <input type="checkbox"/>		\$ 300.000

3. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaro que la información aquí suministrada es auténtica y veraz. Autorizo irrevocablemente al Fondo Nacional de Ahorro - FNA para verificarla a través de los medios que considere conveniente. Igualmente, me obligo a actualizar los datos reportados en este formulario, una vez se produzcan cambios en ellos o que el FNA lo requiera. De igual forma autorizo al FNA o a quien represente sus derechos u obste en futuro la calidad de acreedor a reportar, actualizar, solicitar y divulgar a sus filiales a la Central de Información del Sector Financiero -CIFIN-, o a cualquier otra que administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento comercial. La presente autorización comprende no sólo la facultad de reportar, procesar y divulgar sino también la de solicitar información sobre mis relaciones comerciales con cualquier otra entidad.

Declaro que he recibido la información comercial sobre los derechos y deberes que adquiero como Afiliado(a) al FNA y acepto la normatividad de la Entidad.

4. DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro que el origen de los recursos que entregaré al FONDO NACIONAL DE AHORRO, corresponde a actividades lícitas que relaciono a continuación: CESANTÍAS y no admitiré que terceros efectúen depósitos a mi cuenta, con dineros provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

5. TRASLADO DE OTROS FONDOS

SI NO

AUTORIZO AL FONDO NACIONAL DE AHORRO PARA REALIZAR EL TRÁMITE DE TRASLADO DE MIS CESANTÍAS DEPOSITADAS EN:

Estas Cesantías corresponden a mi trabajo en las siguientes Entidades o Empresas:

Firma Solicitante: María Bello Gonzalez
33.132.235 de Heve

Huella Dactilar

Documento Identidad No.

La calidad de Afiliado Activo Aportante se adquiere solo por aquellos trabajadores con vínculo laboral vigente y

92

Magangué 10 de Diciembre de 2003.

Doctor.
ABRAHAN GUERRA
Coordinador Medico

Por medio de la presente me dirijo a usted para solicitarle un permiso para el día 11 de Diciembre del año en curso.

Gracias por la atención prestada

Atentamente

Maria Leticia Patiño
MARIA LETICIA PATIÑO.
Medico General

*Voy a
colocar guerra*

93

Magangué 25 de Noviembre de 2003.

Doctor:
ABRAHAN GUERRA
Coordinador Médico de la ESE Municipal.
Ciudad

Cordial Saludo,

Por medio de la presente me dirijo a usted para solicitarle un permiso para los días Jueves y Viernes 27 y 28 de noviembre del año en curso por motivo familiares.

Gracias por la atención prestada.

Atentamente,


MARIA PATIÑO
Médico General.

*10/30
Abraham Guerra
25-11-03
3 pol.*

94

Magangué, 01 de octubre de 2003

**Doctor
ABRAHAM GUERRA CH.
Jefe de atención médica
E.S.E. Municipal.**

Cordial saludo.

Por medio del presente solicito a usted el favor de concederme permiso laboral por el día jueves 02 de octubre, ya que por motivos de índole personal me urge ausentarme de la ciudad.

Agradeciéndole la atención prestada.

Atentamente.

Maria Patiño C.
**MARIA PATIÑO
Médico Centro de Salud de Pastrana.**

*Recibido
7- Oct 03
No hay
Abraham Guerra*



**FORMULARIO DE VINCULACION O ACTUALIZACION
AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES**

DEPENDIENTE INDEPENDIENTE

NUMERO RADIACION	_____
FECHA	_____
REGIONAL PROMOTORA RECEPCION	_____

95

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

No. DOCUMENTO		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES	
TIPO DOC: <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R DV							
FECHA NACIMIENTO	SEXO	NACIONALIDAD	DIRECCION RESIDENCIA		MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____		_____	_____	
TELEFONO	OCUPACION U OFICIO			CODIGO	SALARIO INTEGRAL	ES EMPLEADOR	INGRESO MENSUAL
_____	_____			_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$ _____

DATOS DEL EMPLEADO O ENTIDAD AGRUPADORA

No. DOCUMENTO		NOMBRE O RAZON SOCIAL		SUCURSAL	NATURALEZA
TIPO DOC: <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P DV				_____	PUBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/>
DIRECCION		MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELEFONO	
_____		_____	_____	_____	

INFORMACION DE BENEFICIARIOS

No.	No. DOCUMENTO	TIPO DOC	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	SEXO	FECHA NACIMIENTO	COD PAR	TIPO NOV.
1						M F	_____		
2						M F	_____		
3						M F	_____		
4						M F	_____		
5						M F	_____		
6						M F	_____		

II. VINCULACION A PENSIONES

TIPO NOVEDAD		HA COTIZADO MAS DE 150 SEMANAS A LAS CAJAS O FONDOS		SI MARCO TRASLADO INDIQUE ADMINISTRADORA DE PENSIONES ANTERIOR	SUBSIDIADO
ACTUALIZACION <input type="checkbox"/>	TRASLADO DE REGIMEN <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
AFILIACION 1a. VEZ <input type="checkbox"/>	TRASLADO DE ENTIDAD DIFERENTE <input type="checkbox"/>			CODIGO	
EL AFILIADO DEBE CONTINUAR BAJO EL REGIMEN ESPECIAL FONDOS <input type="checkbox"/>	CUAL REGIMEN	TARIFA CON LA QUE DEBE CONTINUAR AL REGIMEN	TIAGO CONSTAR QUE LA ELECCION DEL REGIMEN SOLIDARIO DE PRIMA MEDIA CON PRESTACIONES DEFINIDA LA HE EFECTUADO EN FORMA LIBRE, ESPONTANEA Y SIN PRESIONES, MANIFIESTO QUE HE ELEGIDO AL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES PARA QUE ADMINISTRE MIS APOHOS PENSIONALES Y QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADEROS.		
	_____	0%	FIRMA DEL SOLICITANTE		
DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACION QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA.		NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA		FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA	
		_____		_____	

APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA BANCARIA SEGUN RADIACION No. 98045070-10

CEBSA S.R. NIT. 890.321.151-0 FORMAS EFICIENTES

LEA LAS INSTRUCCIONES QUE SE ENCUENTRAN AL RESPALDO ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMATO

EMPLEADOR

**SOLICITUD DE VINCULACION DEL TRABAJADOR
AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES**

SEGURO SOCIAL
Protección Laboral

11-07-03¹⁰
FECHA DE RADICACION
96

CIUDAD	FECHA DE INICIACION AÑO MES DIA

AFILIACION ACTUALIZACION O MODIFICACION RETIRO

I. INFORMACION DEL TRABAJADOR

N° DOCUMENTO TIPO DOC: <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P DV 33.199.485		PRIMER APELLIDO Patiño	SEGUNDO APELLIDO Candanosa	NOMBRES María Leticia
FECHA NACIMIENTO AÑO MES DIA 7.965.12.03	INGRESO MENSUAL \$ 7.007.577	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NACIONALIDAD Colombiana	EPS - ACTUAL Salud Coop
DIRECCION DONDE LABORA Centro de salud Pustrana		CIUDAD/MUNICIPIO Magangué	DEPARTAMENTO Bolívar	TELEFONO
DIRECCION RESIDENCIA San Mateo calle 17 B # 33-96.		CIUDAD/MUNICIPIO Magangué	DEPARTAMENTO Bolívar	TELEFONO 6882394
OCUPACION / CARGO ACTUAL Médico 4 HORAS.				

II. INFORMACION DEL EMPLEADOR

N° DOCUMENTO TIPO DOC: <input checked="" type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P		RAZON SOCIAL O NOMBRE Empresa Social del Estado del Municipio de Magangué		SUCURSAL
DIRECCION DE LA EMPRESA Centro de salud campo Carretera principal		CIUDAD/MUNICIPIO Magangué	DEPARTAMENTO Bolívar	TELEFONO 6882103

III. INFORMACION DE BENEFICIARIOS

TIPO DOC.	NUMERO DOC.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	SEXO	FECHA NACIMIENTO			COD PAR.	TIPO NOV.
						AÑO	MES	DIA		
1	29598649	Cano	Patiño	Ivan David	M	1996	03	09	4	I
2	29598647	Cano	Patiño	Jorge Ivan	M	1998	07	10	4	I
3					M					
4					M					

IV. FIRMA

SF.31002

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACION QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA	 FIRMA REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA	 FIRMA TRABAJADOR	 FUNCIONARIO RESPONSABLE ARP
---	---	--	--

05/03/2012

5239460

97

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN E INSCRIPCIÓN A LA E.P.S.

REGIMEN CONTRIBUTIVO PARA TRABAJADORES DEPENDIENTES Y SERVIDORES PÚBLICOS
LEA LAS INSTRUCCIONES QUE SE ENCUENTRAN AL RESPALDO ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMATO

CÓDIGO
915

I. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL COTIZANTE O CABEZA DE GRUPO FAMILIAR

TIPO DE AFILIACIÓN INDIVIDUAL COLECTIVA FECHA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA A 03 M 05 D 20

IDENTIFICACIÓN DEL COTIZANTE

1er. APELLIDO: Rodríguez 2do. APELLIDO O DE CASADA: Contreras NOMBRE: María Estela
No. IDENTIFICACIÓN: 23642 DV TIPO: A FECHA DE NACIMIENTO: 20/03/78 AÑO: 78 MES: 03 DÍA: 20 SEXO: M F
DIRECCIÓN DONDE LABORA: Calle 123 No. 4567 TELÉFONO: FAX:
CIUDAD/MPIO.: Bogotá DEPARTAMENTO: Bogotá
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Calle 123 No. 4567 TELÉFONO: 93-93-96
CIUDAD/MPIO.: Bogotá DEPARTAMENTO: Bogotá
ENTIDAD ANTERIOR DE PREVISIÓN O SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD O EPS:
NOMBRE DE ENTIDAD: CÓDIGO:

IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	COTIZANTE	NOMBRES COMPLETOS BENEFICIARIOS			SEXO		FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO						
		1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	NOMBRES	M	F	AÑO	MES	DÍA	CONYUGUE	COMPAÑERA (O)	HIJOS	PADRES	OTROS	CAUSALES DESAPROBACIÓN	
1	A	CONTRERAS	RODRÍGUEZ	LUIS DAVID	M		20	03	18							
2	A	CONTRERAS	RODRÍGUEZ	LUIS DAVID	M		20	03	18							
3																
4																
5																
6																
7																

DIRECCIÓN RESIDENCIA	TELÉFONO	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	IPS	CÓDIGO
Calle 123 No. 4567	93-93-96	Bogotá	Bogotá	SaludCoop	

SERVACIONES:

DECLARACIÓN JURADA: BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO DECLARO QUE EL (LOS) COTIZANTE (S) Y BENEFICIARIO (S) REPORTADO (S) NO ESTA (N) AFILIADO(S) A OTRA EPS
FIRMA Y C.C. TRABAJADORES DEPENDIENTES Y SERVIDORES PÚBLICOS
"SEÑOR AFILIADO APRECIAMOS ABSTENERSE DE ENTREGAR DINERO A NUESTROS FUNCIONARIOS. PARA CONSIGNAR SU COTIZACIÓN SALUDCOOP HA PREVISTO UN IMPORTANTE NÚMERO DE OFICINAS BANCARIAS EN LAS CUALES PODRA HACER SUS PAGOS COMODAMENTE".

II. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL EMPLEADOR

IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR
No. IDENTIFICACIÓN: 23642 DV TIPO: A NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: SALUDCOOP EPS
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL: Calle 123 No. 4567 TELÉFONO: 6502293 FAX:
ACTIVIDAD ECONÓMICA: CÓDIGO: ADM. RIESGOS PROF. 155
CIUDAD/MPIO.: Bogotá DEPARTAMENTO: Bogotá
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO
FECHA DE INGRESO: AÑO: 78 MES: 03 DÍA: 23 CARGO: INGRESO BASE \$:
CIUDAD: Bogotá FECHA DILIGENCIAMIENTO: 23/03/2012 FIRMA EMPLEADOR: [Firma]

III. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA E.P.S.

ATENCIÓN:

USTED NO ESTA OBLIGADO A DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO (F:IRC001) EN LOS SIGUIENTES CASOS:

1. Si ya está afiliado como cotizante o beneficiario a una EPS y dicha afiliación se encuentra vigente. En este caso deberá diligenciar el formulario F:IRC003.
2. Si usted es trabajador independiente o pensionado, en este caso deberá diligenciar el formulario F:IRC002.
3. Si esta usted afiliado al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y ésta afiliación está vigente.

Antes de proceder al diligenciamiento del formulario en la parte que le corresponde, el trabajador o servidor público debe conocer y tener en cuenta lo siguiente:

1. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en el Territorio Nacional.
2. Todo empleador o patrono está obligado a afiliarse a sus trabajadores a la Entidad Promotora de Salud (EPS) que ellos escojan.
3. Salvo las circunstancias previstas en la ley una vez afiliado el trabajador sólo podrá cambiar de EPS luego de permanecer en ella durante el período de tiempo establecido por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
4. El trabajador cotizante y su grupo familiar deberán estar afiliados a la misma EPS, independientemente de que varios miembros del grupo coticen, salvo los casos expresamente previstos por la ley.
5. El trabajador está obligado a aportar la documentación que soporta la información consignada por él en el formulario F:IRC001.
6. Ningún residente en el Territorio Nacional independiente de su condición de afiliado cotizante o afiliado beneficiario podrá estar afiliado simultáneamente a más de una Entidad Promotora de Salud o pertenecer simultáneamente a los dos Regímenes (contributivo y subsidiado).
7. La veracidad de la información contenida en el formulario F:IRC001 es responsabilidad de quien la consigna.
8. Una vez diligenciada la parte pertinente del formulario por parte del trabajador o servidor público éste debe entregarlo al empleador quien luego de consignar la información que le corresponde la entregará a la EPS escogida por el trabajador o servidor público.
9. Con la primera afiliación de un trabajador o servidor público a una cualquiera de las EPS quedará afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud.
10. Para la plena vigencia del contrato de Afiliación a la EPS se requiere además del correcto y completo diligenciamiento del formulario de afiliación (F:IRC001) el aporte de los documentos anexos que soportan la información registrada en él y el pago a la EPS de la PRIMERA COTIZACIÓN.
11. Cuando se trate de enfermedades que requieran manejo quirúrgico de tipo electivo y que se encuentren catalogadas en el manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos - MAPIPOS - como el grupo 8 o superiores, se deberán haber cotizado 52 semanas, de las cuales al menos 26 semanas, deben haber sido pagadas en el último año.

DILIGENCIE EL FORMULARIO A MAQUINA O LETRA IMPRENTA LEGIBLE Y CLARA SIN BORRONES NI TACHONES.

El numeral 1 deberá ser diligenciado por el afiliado cotizante o cabeza del grupo familiar.

Fecha de Afiliación al Sistema: indique los dos últimos dígitos en números arábigos del (A) año, (M) mes, y (D) día de la fecha en la cual se afilió por primera vez a una Entidad Promotora de Salud.

I. Información para ser diligenciada por el cotizante o cabeza del grupo familiar.

Identificación del cotizante

Deberá llenar los espacios correspondientes a:

- **Apellidos y Nombres:** Escríbalos según el orden establecido y conforme figura en el documento de identidad.
- **Número de Identificación:** Escriba completo el número del documento de identificación.
- **Tipo:** Tipo de documentación: Coloque si es:

- C.C.: Cédula de Ciudadanía.
- C.E.: Cédula de Extranjería.
- T.I.: Tarjeta de Identidad.
- NIT.: Número de Identificación Tributaria.
- PA.: Pasaporte.
- R.C.: Registro Civil de Nacimiento.
- N.U.I.P.: Número Único de Identificación Personal.

- **Fecha de Nacimiento:** Escriba los dos últimos dígitos y en números arábigos la fecha (año, mes y día).

- **Sexo:** Marque con una equis (X) al frente de la casilla correspondiente.

M = Masculino, F = Femenino

- **Dirección donde labora y de la residencia:** Escriba la dirección del sitio donde trabaja y de la residencia, número telefónico, fax, nombre de la ciudad/municipio y departamento.

Entidad Anterior de Previsión o Seguridad Social en Salud o EPS

- **Nombre de la Entidad:** Escriba el nombre de la última Entidad en la cual se encontraba afiliado o de la cual se trasladó. En caso de traslado el afiliado debe certificar que su decisión es libre y voluntaria.

Identificación de Beneficiarios.

- **Número de Identificación:** Escriba completo el número del documento de identificación.

- **TD. Tipo de documentación:** coloque si es:

- C.C.: Cédula de Ciudadanía.
- C.E.: Cédula de Extranjería.
- T.I.: Tarjeta de Identidad.
- NIT.: Número de Identificación Tributaria.
- R.C.: Para los menores de siete (7) años debe escribir el número de Registro Civil.

- **Cotizante:** Marque con una equis (X) si el beneficiario inscrito en su grupo familiar cotiza.

- **Apellidos y Nombres:** Escriba los apellidos y nombres según el orden establecido y conforme figura en el documento de identidad.

- **Sexo:** Marque con una equis (X) al frente de la casilla correspondiente:

M = Masculino, F = Femenino.

- **Fecha de Nacimiento:** Escriba los dos últimos dígitos y en números arábigos la fecha (año, mes y día).

- **Parentesco:** Marque con una equis (X) el tipo de parentesco y anexe los documentos que acrediten tal calidad.

Parentesco - otros: Señale otros cuando no esté contemplado en alguna de las anteriores previstas y que cumpla con los requisitos de ley.

- **Dirección, residencia, teléfono, departamento, municipio:** Escriba estos datos del beneficiario en el mismo orden del campo.

consignada.

II. Información para ser diligenciada por el Empleador.

Identificación del Empleador:

- **Número de Identificación:** Escriba el Número de Identificación completo.

- **Tipo:** Tipo de documentación: Coloque si es:

- C.C.: Cédula de Ciudadanía.
- C.E.: Cédula de Extranjería.
- NIT.: Número de Identificación Tributaria.

- **Nombre ó razón social del empleador.**

- **Dirección domicilio principal, teléfono, fax, ciudad/municipio y departamento de la sede de la Empresa.**

- **Actividad Económica:** Se debe llenar con la información de la actividad económica principal del empleador.

- **Código:** De acuerdo con la clasificación de actividades económicas establecidas por la Unidad Administrativa Especial de la Dirección de Impuestos Nacionales (DIAN) en la resolución No. 4911 de 1994 o de la Resolución que la modifique.

- **Adm. Riesgos Prof.:** Indique el Nombre de la Administradora de Riesgos Profesionales a la cual está afiliado el empleador.

Información sobre el empleado cotizante

- **Fecha de ingreso a la Empresa:** Escriba los dos últimos dígitos y en números arábigos la fecha (año, mes y día).

- **Cargo:** Escriba el cargo que desempeña actualmente.

- **Ingreso base:** El ingreso base de cotización tendrá un límite máximo de 20 salarios mínimos legales vigentes, coloque en esta casilla la cifra correspondiente al dato que se obtiene de la siguiente manera:

El ingreso base de cotización de los empleados del sector privado está constituido por los siguientes factores:

- Remuneración ordinaria fija o variable.
- Primas sobresueldo.
- Bonificaciones habituales.
- Horas extras dominicales y festivos.
- Porcentajes sobre ventas.
- Comisiones y viáticos permanentes.

El ingreso base de cotización para los servidores públicos está constituido por:

- La asignación básica mensual.
- Gastos de representación.
- Prima técnica, ascensional de antigüedad o de capacitación cuando sea factor salarial.
- Remuneración por dominicales o festivos.
- Horas extras o jornadas nocturnas.
- Bonificación por servicios.

Para los empleados con salario integral la base de cotización será del 70% de su salario.

- **Firma autorizada:** Firma la persona a quien el empleador autorice como responsable de la información contenida en el formato.

- **Ciudad y fecha en la que el empleador llena el formulario.**

III. Información para ser diligenciada por la EPS

- **Estrato Socioeconómico:** Para su determinación se tomará la información que presente el afiliado, inicialmente será aquel determinado por el Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN) o en su defecto el de los servicios públicos de la residencia indicada por el cotizante en éste formulario.

- **Ciudad y fecha en la que la EPS recibe el formulario.**

E.S.E. DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE.**RESOLUCIÓN No. 0024 DE 2003
(Mayo 12)**

99

"Por medio del cual se efectúa un nombramiento en Provisionalidad en la Planta de cargos de La Empresa Social del Estado del Municipio de Magangué".

EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE , en uso de sus atribuciones estatutarias y legales;

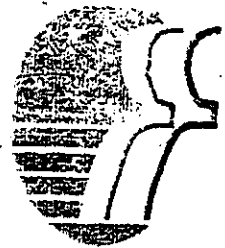
RESUELVE:

- ARTICULO PRIMERO:** Nómbrase en Provisionalidad a la Doctora MARIA LETICIA PATIÑO CANDANOSA, identificada con la cédula de ciudadanía número 33.199.485 expedida en Magangué en el cargo de MEDICO 4 HORAS, código 310 con una asignación mensual de \$ 1.001.571.00.
- ARTICULO SEGUNDO:** Envíese copia de la presente Resolución a la interesada para su debida posesión y a servicios Administrativos para los fines pertinentes.
- ARTICULO TERCERO:** La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Magangué a los doce (12) días del mes de Mayo de dos mil tres (2003).


EMILIA MENDOZA RAAD
Gerente



República de Colombia
Departamento Administrativo de la
Función Pública

FORMATO UNICO
HOJA DE VIDA

(LEY 190 DE 1.995)



ENTIDAD RECEPTORA
ALCALDIA DE MAGANGUE

100

INFORMACION BASICA

I. DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO PATINO		SEGUNDO APELLIDO CANDANOSA		NOMBRES MARIA LETICIA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>	NUMERO 33199485	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/>	DOBLE NAL. <input type="checkbox"/>	PAIS EXTRANJERO	
SEXO F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	LIPRETA MILITAR CLASE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NUMERO	D.M.	PAIS DE NACIMIENTO COLOMBIA	
DEPARTAMENTO CORDOBA		MUNICIPIO AYAPEL		FECHA DE NACIMIENTO DIA 3 MES 12 AÑO 65	
PAIS DE RESIDENCIA COLOMBIA		DEPARTAMENTO BOLIVAR		MUNICIPIO MAGANGUE	
DIRECCION RESIDENCIA SAN MATEO C 17 B + 33-96		TELEFONOS 6882394		ESTADO CIVIL SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input checked="" type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	PERSONAS A CARGO 3

II. FORMACION ACADEMICA

1. EDUCACION BASICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ULTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1° A 6° DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6° A 11° DE EDUCACION BASICA SECUNDARIA Y MEDIA).

EDUCACION	BASICA		MEDIA	TITULO OBTENIDO
	PRIMARIA	SECUNDARIA		
1° 2° 3° 4° 5° 6° 7° 8° 9° 10° 11°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	BACHILLER

2. EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO.

EN MODALIDAD ACADEMICA ESCRIBA "TC" (TECNICA), "TL" (TECNOLOGIA), "TE" (TECNOLOGIA ESPECIALIZADA), "UN" (UNIVERSITARIA), "ES" (ESPECIALIZACION), "MG" (MAESTRIA O MAGISTER), "DC" (DOCTORADO O PHD).

MODALIDAD ACADEMICA	SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULOS OBTENIDOS
		SI	NO	
UN	12	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MEDICO CIRUJANO

* EN CASO QUE SUS ESTUDIOS SEAN POR MODULOS, CREDITOS O AÑOS CONVIERTALOS EN SEMESTRES SI SU O SUS PROFESIONES ESTAN REGLAMENTADAS, DILIGENCIE ESTE CUADRO

PROFESION O TITULO	Nº DE LA MATRICULA O TARIJETA PROFESIONAL

III. TIEMPO DE EXPERIENCIA Y SITUACION LABORAL

OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA			VINCULADO		INDIQUE EL NOMBRE DE LA ULTIMA ENTIDAD PUBLICA (ESTATAL U OFICIAL) EN LA QUE LABORO O LABORA COMO SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA DE PRESTACION DE SERVICIOS.
	AÑOS	MESES	DIAS	SI	NO	
SERVIDOR PUBLICO	4			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SECRETARIA DE SALUD DE CUCUCO BOLIVAR.
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	31			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE O POR CUENTA PROPIA				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA	70					



República de Colombia
Departamento Administrativo de la
Función Pública

FORMATO UNICO HOJA DE VIDA

(LEY 190 DE 1.995)

ENTIDAD RECEPTORA
ALCALDIA DE MAGANGUE

101

INFORMACION DETALLADA III. FORMACION ACADÉMICA

A PARTIR DE ESTE CUADRO II SOBRE "FORMACION ACADÉMICA" DE LA HOJA DE INFORMACION BASICA, COMPLEMENTE LOS DATOS DE FECHAS DE TERMINACION, ESTABLECIMIENTOS Y MUNICIPIOS DONDE CURSO LOS ESTUDIOS DE EDUCACION BASICA, MEDIA Y EDUCACION SUPERIOR.

1. EDUCACION BASICA Y MEDIA

FECHA DE TERMINACION	MESE	AÑO	ESTABLECIMIENTO DONDE CURSO EL ÚLTIMO AÑO	MUNICIPIO
	12	85	LICEO JOAQUIN.F. VE EZ	MAGANGUE

2. EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

MODALIDAD TERMINACION ACADÉMICA (MES - AÑO)	ESTABLECIMIENTO	MUNICIPIO
UN 0893	UNIVERSIDAD METROPOLITANA	BARRANQUILLA

3. OTROS ESTUDIOS

RELACIONE : CAP DEL SENA, CURSOS, DIPLOMADO, ESTUDIOS DE EDUCACION NO FORMAL, SIMPOSIOS, TALLERES Y DEMAS ESTUDIOS QUE PUEDA COMPROBAR MEDIANTE CERTIFICADOS

NOMBRE	ESTABLECIMIENTO	HORAS	AÑO
PRIMER SIMPOSIUMEDICO QUIRURGICO	ASHEDAS-ESE HOSP.S.J. DE DIOS	16	1996
ACTUALIZACIÓN EN CIENCIAS DE SALUD	OBRA SOCIAL DIOCESANA	8	1996
CAPACITACION EN SALUD REPRODUCTIVA	DASALUD	12	1997
2do CONGRESO SUCRENO DE GIN. Y OBST.	SOC SUCRENA DE GIN. Y OBST.	16	2002

- EMPLEADOR O CONTRATANTE -



República de Colombia
Departamento Administrativo de la
Función Pública

FORMATO UNICO
HOJA DE VIDA
(LEY 190 DE 1.995)

ENTIDAD RECEPTORA
ALCALDIA DE MAGANGUE

102

INFORMACION DETALLADA

V. PUBLICACIONES, INVESTIGACIONES E IDIOMAS

1. PUBLICACIONES E INVESTIGACIONES REALIZADAS

2. ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLE, LEE Y ESCRIBE DE FORMA REGULAR, BIEN O MUY BIEN

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE			OBSERVACIONES
	R	B	MS	R	B	MB	R	B	MB	

VI. EXPERIENCIA LABORAL

TENGA EN CUENTA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

- A) RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL O ÚLTIMO EMPLEO O SERVICIO PRESTADO.
- B) PARA DEDICACION: TC=TIEMPO COMPLETO, MT= MEDIO TIEMPO, TP=TIEMPO PARCIAL, OD= OTRA DEDICACION (EN ESTE CASO INDIQUE CUAL)
- C) PARA C.R. (CAUSA DEL RETIRO), ESCRIBA EL NUMERO CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON LOS SIGUIENTES MOTIVOS:
 - 01 TERMINACION DE LA OBRA, DEL PLAZO DEL CONTRATO O VENCIMIENTO DEL PERIODO
 - 02 JUSTA CAUSA POR PARTE DEL EMPLEADOR O INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA
 - 03 JUSTA CAUSA POR PARTE DEL TRABAJADOR O INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATANTE
 - 04 CLAUSURA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO O SUPRESION DEL CARGO
 - 05 CESE DE ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR POR MAS DE 120 DIAS.
 - 06 ABANDONO DEL CARGO
 - 07 DECISION UNILATERAL O DECLARACION DE INSUBSISTENCIA
 - 08 SENTENCIA EJECUTORIA REVOCATORIA O NULIDAD DEL NOMBRAMIENTO
 - 09 JUBILACION O PENSION DE INVALIDEZ
 - 10 RENUNCIA VOLUNTARIA O POR MUTUO ACUERDO

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD: **PROSALUD T.P.S** PUBLICA: PRIVADA: PAIS: **COLOMBIA**

DEPARTAMENTO: **BOZIVAR** MUNICIPIO: **MAGANGUE** DIRECCION: **AV. COLOMBIA**

TELEFONOS: **6876479** FECHA DE INGRESO: **18/12/2000** TIEMPO DE SERVICIO: **2** AÑOS **13** MESES **15** DIAS DEDICACION: TC MT TP OD ESPECIFIQUE "OD"

CARGO O CONTRATO ACTUAL: **MEDICO DE PLANTA** DEPENDENCIA: **CONSULTA EXTERNA**

EMPLEOS O CONTRATOS ANTERIORES

EMPRESA O ENTIDAD: **SECRETARIA DE SALUD DE CUCUCO** PUBLICA: PRIVADA: PAIS: **COLOMBIA**

DEPARTAMENTO: **BOZIVAR** MUNICIPIO: **CUCUCO** DIRECCION: **LA PEÑA**

TELEFONOS: **6875604** FECHA DE INGRESO: **04/03/98** FECHA DE RETIRO: **30/09/2001** TIEMPO DE SERVICIO: **4** AÑOS **4** MESES **4** DIAS DEDICACION: TC MT TP OD ESPECIFIQUE "OD"

ULTIMO CARGO O CONTRATO: **MEDICO DE PLANTA** DEPENDENCIA: **CONSULTA EXTERNA**

EMPRESA O ENTIDAD: **SECRETARIA DE SALUD DE CUCUCO** PUBLICA: PRIVADA: PAIS: **COLOMBIA**

DEPARTAMENTO: **BOZIVAR** MUNICIPIO: **CUCUCO** DIRECCION: **LA PEÑA**

TELEFONOS: **6875604** FECHA DE INGRESO: **04/03/98** FECHA DE RETIRO: **30/09/2001** TIEMPO DE SERVICIO: **4** AÑOS **4** MESES **4** DIAS DEDICACION: TC MT TP OD ESPECIFIQUE "OD"

ULTIMO CARGO O CONTRATO: **MEDICO DE PLANTA** DEPENDENCIA: **CONSULTA EXTERNA**

- EMPLEADOR O CONTRATANTE -



República de Colombia
Departamento Administrativo de la
Función Pública

FORMATO UNICO
HOJA DE VIDA
(LEY 190 DE 1.995)

103

INFORMACION DETALLADA

VI. EXPERIENCIA LABORAL (CONTINUACION)														
EMPRESA O ENTIDAD						PUBLICA 1		PRIVADA 2		PAIS				
DEPARTAMENTO				MUNICIPIO				DIRECCION						
TELEFONOS		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		TIEMPO DE SERVICIO		DEDICACION		ESPECIFIQUE "OD"				
ULTIMO CARGO O CONTRATO		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	AÑOS	MESES	DIAS	TC 1	MT 2	TP 3	OD 4
						DEPENDENCIA								
EMPRESA O ENTIDAD														
DEPARTAMENTO						PUBLICA 1		PRIVADA 2		PAIS				
DEPARTAMENTO				MUNICIPIO				DIRECCION						
TELEFONOS		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		TIEMPO DE SERVICIO		DEDICACION		ESPECIFIQUE "OD"				
ULTIMO CARGO O CONTRATO		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	AÑOS	MESES	DIAS	TC 1	MT 2	TP 3	OD 4
						DEPENDENCIA								
EMPRESA O ENTIDAD														
DEPARTAMENTO						PUBLICA 1		PRIVADA 2		PAIS				
DEPARTAMENTO				MUNICIPIO				DIRECCION						
TELEFONOS		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		TIEMPO DE SERVICIO		DEDICACION		ESPECIFIQUE "OD"				
ULTIMO CARGO O CONTRATO		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	AÑOS	MESES	DIAS	TC 1	MT 2	TP 3	OD 4
						DEPENDENCIA								

VII. HABILIDADES E INCORPORABILIDADES

MANIFIESTO BAJO GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE: SI NO ME ENCUENTRO INCURSO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD O INCORPORABILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA OCUPAR UN CARGO O EMPLEO PUBLICO, O PARA CELEBRAR UN CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS. (ART. 1º DE LA LEY 190/95).

OBSERVACIONES:

VIII. FIRMA DEL ASPIRANTE

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

María Patricia C.
FIRMA c.c. 33199485 H/95'

IX. OBSERVACIONES DE LA UNIDAD DE PERSONAL

CERTIFICO QUE LA INFORMACION AQUI SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE EL ASPIRANTE HA PRESENTADO COMO SOPORTE. (ART. 4º DE LA LEY 190/95).

Osvaldo Bravo Sampaio
NOMBRE Y FIRMA JEFE DE PERSONAL

- EMPLEADOR O CONTRATANTE -



República de Colombia
Departamento Administrativo de la
Función Pública

FORMATO UNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1.995)

Entidad Receptora
Alcaldeía Magangué

104

I. DECLARACION JURAMENTADA

T. I. DE BIENES Y RENTAS

YO, **MARIA LETICIA PATIÑO CAUDANOSA**
 IDENTIFICADO CON: C.E. T.I. N° **33199485**
 PAIS **COLOMBIA** DEPARTAMENTO **BOLIVAR** MUNICIPIO **MAGANGUE**
 DIRECCION: **CALLE AB # 33-96** TELEFONOS **6882394**

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	PARENTESCO
JUAN DAVID CANO PATIÑO	RG: 29598642	HIZO
JORGE JUAN CANO PATIÑO	RG: 29598641	HIZO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LLY 190 DE 1.995 PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTA QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

1. LOS INGRESOS Y RENTAS QUE OBTUVE EN EL "ULTIMO AÑO" GRAVABLE FUERON:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMAS INGRESOS LABORALES	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 12.000.000
GASTOS DE REPRESENTACION	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
UTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	12.000.000

2. LAS CUENTAS CORRIENTES Y DE AHORRO QUE POSEO EN COLOMBIA Y EN EL EXTERIOR SON:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA

3. MIS BIENES PATRIMONIALES SON LOS SIGUIENTES:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
1 AUTOMOVIL	FORD FESTIVA MODELO 96 Q6Q 181	\$ 8.000.000

105



EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION

LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA

DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO COMPLETADOS POR NUESTRO ALUMNO

MARIA LETICIA PATIÑO CANDANOSA

C.C.No. 33.199.485 de Magangué - Bol.

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS
ESTATUTOS UNIVERSITARIOS LE OTORGA EL TITULO DE

MEDICO Y CIRUJANO

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA
CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD

José Luis de Haro
VICE RECTOR

[Signature]
RECTOR

[Signature]
DIRECTOR DEL PROGRAMA

SECRETARIA DE EDUCACION
DEPARTAMENTAL

106

UNIVERSIDAD METROPOLITANA
CIENCIAS DE LA SALUD

Acta de Grado: Programa MEDICINA

Código: MD-40-1957-94

Otorgada a: MARIA LETICIA PATIÑO CANDANOSA
C.C. No. 33.199.485 de Magangué -Bol.

En Barranquilla a los 19 días del mes de agosto de 1.994 el Consejo Directivo, el Rector de la Universidad Metropolitana y su Vice-Rector, Decano de División, Directores de Programa de Medicina, Bacteriología, Fisioterapia, Enfermería, Psicología, Odontología, Trabajo Social, Nutrición y Dietética, Filosofía y Letras y Fonoaudiología en presencia de su cuerpo docente se reúnen en el Salón de Actos de la Institución para, en uso de sus facultades estatutarias que le han sido conferidas por el Ministerio de Educación del Gobierno de Colombia, otorgar grado Académico al alumno del programa de: MEDICINA después de la toma del juramento el Señor Rector entregó el Diploma de:

MEDICO Y CIRUJANO
Que dice así:

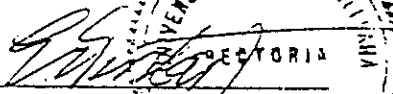
EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA COLOMBIA HABIENDO SIDO COMPLETADOS POR NUESTRO ALUMNO: MARIA LETICIA PATIÑO CANDANOSA TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS


LE OTORGA EL TITULO DE:

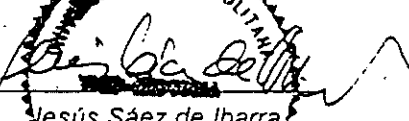
MEDICO Y CIRUJANO

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA.

Fras de felicitar a los graduados se dio por clausurado el Acto de Grado siendo las 7:00 p.m. del día 19 de agosto de 1994


Eduardo Acosta Bendek
Rector


FERNANDO VASQUEZ OJEDA
Director del Programa de MEDICINA


Jesús Sáez de Ibarra
Vice-Rector

107

UNIVERSIDAD METROPOLITANA
Ciencias de la Salud

VICE-RECTOR DE LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA EN
CONFORMIDAD AL DECRETO 2150 DEL GOBIERNO NACIONAL DEL 5
DE DICIEMBRE DE 1995

CERTIFICA:

Que MARIA LETICIA PATIÑO CANDANOSA.X.X.X.X.

Con cédula de ciudadanía No. 33.199.485 de Magangué - Bol.

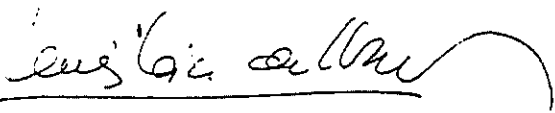
Tiene registrado su título de MEDICO Y CIRUJANO

Acta de grado código M-40-1957-94

Registro de diploma No. M-93/40-1957-94

Anotado al folio 7 Libro -0/96 De fecha OCTUBRE 30 DE 1997

En constancia se firma y sella en Barranquilla, a los 30 días del mes de
OCTUBRE de 1997



JESUS SAEZ DE IBARRA
Vice-Rector



Procuraduría General de la Nación

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES ORDINARIO

Nº. 159295-2008

108

SINCELEJO (SUOR), Abril 25 de 2008

Señor (a) PATINO CANDANOSA MARIA LETICIA

La Procuraduría General de la Nación

C E R T I F I C A

Señor PATINO CANDANOSA MARIA LETICIA
pueda ser identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 68.199.488
TREINTA Y TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS
OCENTA Y CINCO *****
NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS (Art. 174 Ley 734 de 2002
y demás normas vigentes).

Este Certificado de Antecedentes registra las anotaciones de pro-
videncias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores
a la fecha y aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades
que se encuentren vigentes.

Es VALIDO para poseerse en cargos que NO exijan para su de-
sarrollo AUSENCIA DE SANCIONES.

El presente Certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir
de la fecha de su expedición en todo el territorio nacional.

ADVERTENCIA: Si el No. de la Cédula de Ciudadanía no corresponde
con el de la persona a quien se expide, este certificado carece
de validez.

YAGALYS MERCEDES ARALYC MESTRE
JEFE
DIVISION CENTRO DE ATENCION AL PUBLICO

NAM/SUOR.

109

OBSERVACIONES

DE ACUERDO AL FORMATO EL CERTIFICADO JUDICIAL TENDRA VALIDEZ POR UN AÑO CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICION, Y PODRA SER REFRENADO CADA AÑO, VENCIDOS LOS CINCO AÑOS PERDERA SU VIGENCIA, NO PODRA REFRENARSE Y DEBERA REEMPLAZARSE POR UNO NUEVO. LOS QUE SE EXPIDAN PARA SALIR DEL PAIS TENDRAN VALIDEZ POR TREINTA (30) DIAS. (ARTICULO 17 DEL DECRETO 2398 DE 1988).

EL CERTIFICADO QUE EXPIDA EL DAS EN BOGOTA, SERA VALIDO EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL, LOS QUE SE EXPIDAN POR CUALQUIERA DE SUS REPARTICIONES TENDRAN VALIDEZ UNICAMENTE EN EL TERRITORIO DE SU JURISDICCION. EL JEFE DEL DEPARTAMENTO PODRA EN CASOS ESPECIALES, DELEGAR A LAS REPARTICIONES QUE ESTIME CONVENIENTES LA EXPEDICION DEL CERTIFICADO JUDICIAL CON VALIDEZ NACIONAL (ARTICULO 15 DEL DECRETO 2398 DE 1988).

LOS CERTIFICADOS JUDICIALES Y DE POLICIA, SE EXPIDIRAN SOLAMENTE EN LOS FORMATOS QUE ADOpte EL DAS SIN QUE PUEDAN SER RETENIDOS POR NINGUNA AUTORIDAD, SALVO LOS CASOS EN QUE EL DOCUMENTO SE REQUIERA COMO PRUEBA MATERIAL DE UNA INVESTIGACION DE CARACTER PENAL. (ART. 14 DEL DECRETO 2398 DE 1988)

15 ABR 2002 *R098*

VALIDEZ No. 8989352

FECHA DE SOLICITUD 15 ABR 2002

BUSCA ALFABETICA _____

BUSCA DACTILOSCOPICA _____

COMPROBO _____

REVISO _____

MAGANGUE 15 ABR 2002

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION

ESTAMPILLA

S. V. W. S.

REGISTRADO T.D. No. 33.199.485

NOMBRES Patricio Cardenas

PELLIDOS Cardenas

NACIONALIDAD Col

C. No. 33.199.485

Patricio Cardenas

AUTOGRAFO DEL SOLICITANTE

INDICE DERECHO

No. 8989352

EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SEGURIDAD

CERTIFICA:

QUE EL PORTADOR DE ESTE DOCUMENTO, CUYA FOTOGRAFIA, IMPRESION DACTILAR DEL INDICE DERECHO Y NUMERO DE CEDULA ANTECEDEN.

"NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES O DE POLICIA"

[Signature]

FIRMA Y SELLO JEFE

03

OBRA SOCIAL DIOCESANA MAGANGUE

MAYO 1º DE 1971 MAYO 1º DE 1996

Certifica

MARIA PATIÑO CANDANOSA

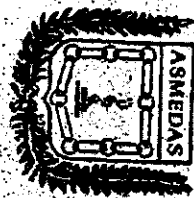
Que el Dr. (a) _____

Asistió al 3o Curso de Actualización de Ciencia de la Salud realizado en Magangué el día primero de Mayo de 1996 en conmemoración de los 25 años de servicios de la Obra Social Diocesana de Magangué

Dr. Oswaldo Figueroa Avila
Director Evento Científico

Hna. Celia Regina Osorio M.

Hna. Aura Regina Osorio M.
Directora Obra Social Diocesana



ASMEEDAS

SECCIONAL MAGANGUE - BAJO MAGDALENA

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE MAGANGUE



CERTIFICA

Que Dña. MARIA L. PATIÑO CANDANOSA

Asistió al

PRIMER SIMPOSIO MEDICO QUIRURGICO

"Reencuentro Médicos Maganguelanos"

Realizado en la ciudad de Magangué los días 28 y 29 de Junio de 1996.

Dr. EIGIDIO ALVAREZ VELASQUEZ
PRESIDENTE ASMEEDAS

Dr. ALBERTO LATORRE PADUA
GERENTE E.S.E. HOSPITAL S.J. DE DIOS

112

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE BOLIVAR

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO
DE SALUD DE BOLIVAR

LABORATORIO BOEHRINGER.
INGELHEIM S.A

CERTIFICA QUE:

MARIA PATINO CANDANOSA

Participó en el Taller de

“CAPACITACIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA”.

Realizado en la Ciudad de Magangué durante los días 25 y 26 del
mes Septiembre de 1997.

Que durante 12 (12) horas reflexionó y se comprometió a trabajar
sobre las formas de ayudar a la población urbana y rural a que puedan decidir con eficiencia
el número de hijos que deseen tener y que el crecimiento de la población se acompañe con la
Esperanza de una vida mejor.

Angela Gomez
SECRETARÍA MUNICIPAL DE MAGANGUE

Flametal
DASALUD DE BOLIVAR
DPTO. DE PROMOCION Y PREVENCION

Lorge Tabudol
LABORATORIOS BOEHRINGER.
INGELHEIM S.A



La Sociedad Sucreña de Ginecología y Obstetricia

Certifica que

MARIA LETICIA PATIÑO

Asistió como

ASISTENTE

II Congreso Sucreño de Ginecología y Obstetricia

Sincelejo, Noviembre 1 y 2 de 2002.

MPL

~~Milack Patino~~ P.
Presidente ssgo

RMD

Ricardo Dominguez
Secretario ssgo

