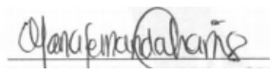
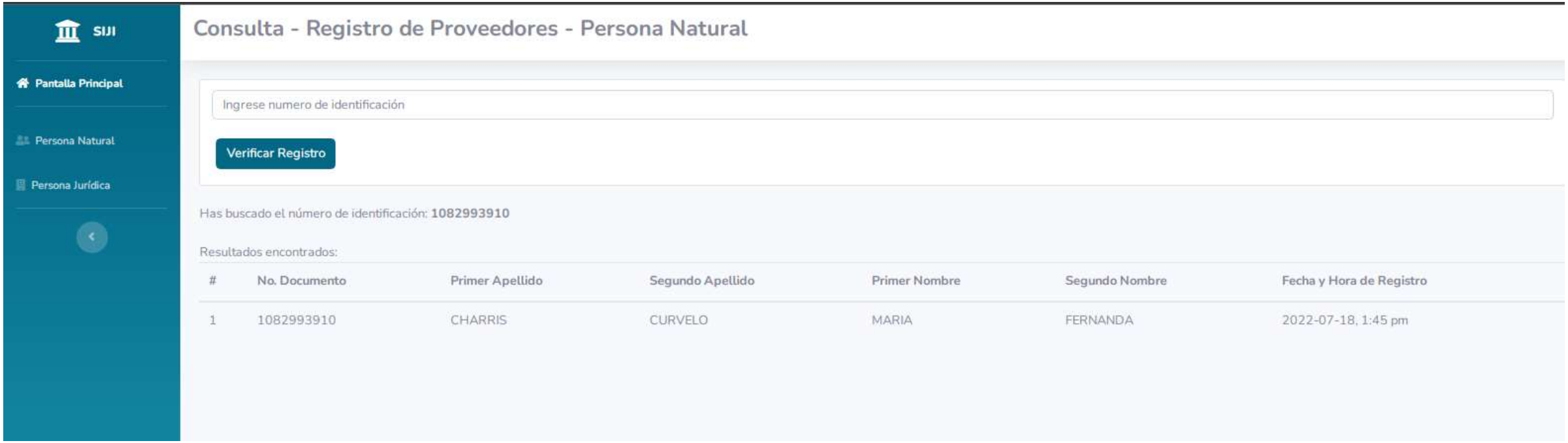
| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche | **LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL** | CODIGO: GJC12F<br>VERSION: 03<br>FECHA DE ULTIMA REVISION:18/07/2022<br>PAGINA 1 de 1 |

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, *MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO_,* Identificado con Cédula No. *1.082.993.910* y Profesión *MEDICO GENERAL* **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

**FIRMA:** 

| | LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN: | SI | N/A |
|---|---|---|---|
| **1** | Estudio de Necesidad y Oportunidad | | |
| **2** | Lista de Chequeo para Inducción de puesto de trabajo (Entregado Por el área de supervisión) | x | |
| **3** | Registro Proveedores - Persona Natural (**REGISTRARSE EN https://hujmb.com/siji/proveedores/pnatural.php** | x | |
| **4** | Propuesta de Servicios | x | |
| **5** | Certificado antecedentes Procuraduría (**fecha vigente — no superior a 30 días**) | x | |
| **6** | Certificado antecedentes Contraloría (**fecha vigente — no superior a 30 días**) | x | |
| **7** | Certificado antecedentes Policía Nacional (**fecha vigente — no superior a 30 días**) | x | |
| **8** | Certificados antecedentes del sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia (**fecha vigente — no superior a 30 días**) | x | |
| **9** | Cedula de Ciudadanía | x | |
| **10** | Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**) | | x |
| **11** | Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**) | | x |
| **12** | RUT - Registro Único Tributario | | |
| **13** | Hoja de Vida — Función publica | x | |
| **14** | Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados)** | x | |
| **15** | Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL - Abogados, Médicos, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – MES actual**). | x | |
| **16** | Convalidación de Titulo (**Médicos y Médicos Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.** | | x |
| **17** | Resolución departamental para ejercer profesión - (**personal asistencial**) | x | |
| **18** | Tarjeta Profesional | x | |
| **19** | RETHUS (**Personal Asistencial en general**) | x | |
| **20** | Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**) | x | |
| **21** | Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial)**. | x | |
| **22** | Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | x | |
| **23** | Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | x | |
| **24** | Certificado de Curso en **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas) | | x |
| **25** | Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*. | x | |
| **26** | Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*) | x | |
| **27** | Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.* | x | |
| **28** | Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***). | | x |
| **29** | Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico -- **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | x |
| **30** | Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | x |
| **31** | Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | x |
| **32** | Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) cap 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (**Vigencia no superior a TRES (03) años)** | x | |
| **33** | Soporte de experiencia laboral. | x | |
| **34** | Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial) | x | |
| **35** | Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web (**https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth**) | x | |
| **36** | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días) | x | |
| **37** | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días) | x | |
| **38** | Certificado ARL (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días) | x | |
| **39** | Certificado **SARLAF** – PERSONA NATURAL - https://www.hujmb.com/wp-content/uploads/2021/12/FINC4F-FORMATO-VINCULACION-PERSONA-NATURAL-3-1.xlsx | x | |

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


SIJI
Pantalla Principal
Persona Natural
Persona Jurídica
Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural
Ingrese numero de identificación
Verificar Registro
Has buscado el número de identificación: 1082993910
Resultados encontrados:
# No. Documento Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Fecha y Hora de Registro
1 1082993910 CHARRIS CURVELO MARIA FERNANDA 2022-07-18, 1:45 pm

Santa Marta, Julio 2021

Señores (as)

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Cordial saludo,

Por medio de la presente me permito colocar a su disposición mis servicios asistenciales como médico general para laboral en el servicio que a su consideración sea conveniente de acuerdo a las necesidades de la entidad. De antemano agradecida con la atención a la presente.

Atentamente



Maria Fernanda Charris Cúrvelo
Medico
1082993910

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 200875788

WEB
12:32:56


Bogotá DC, 18 de julio del 2022

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1082993910:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 18 de julio de 2022, a las 12:33:55, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 1082993910 |
| Código de Verificación | 1082993910220718123355 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

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

EDUARDO JOSE PINEDA ARRIETA
Contralor Delegado

Digitó y Revisó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 12:34:39 PM horas del 18/07/2022, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1082993910**
Apellidos y Nombres: **CHARRIS CURVELO MARIA FERNANDA**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

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

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

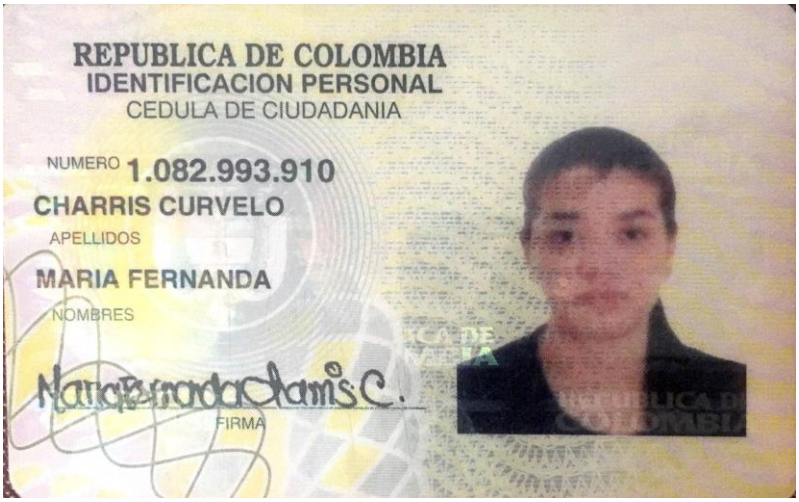
## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 18/07/2022 01:35:37 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1082993910** y Nombre: **MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO.**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **37352006** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.082.993.910
CHARRIS CURVELO
APELLIDOS
MARIA FERNANDA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-DIC-1994
MAICAO
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
16-ENE-2013 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00712473-F-1082993910-20150604 00444 11740A 1 44155791

Scanned with CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14707088106

(415)7707212489984(8020) 000001470708810 6

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 1 0 8 2 9 9 3 9 1 0 | 7 | Impuestos y Aduanas de Santa Marta | 1 9 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 8 2 9 9 3 9 1 0 | 2 0 1 3 0 1 1 6 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Magdalena 4 7 | Santa Marta 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CHARRIS | CURVELO | MARIA | FERNANDA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Magdalena 4 7 | Santa Marta 0 0 1 |

41. Dirección principal: AV FERROCARRIL 29 C 1 AP 706 ED OCEAN PLACE

42. Correo electrónico: mariafdacharris@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 2 7 0 3 2 2 1 3 | |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 1 0 | 2 0 2 0 0 9 0 1 | 8 6 9 9 | 2 0 2 0 0 9 0 1 | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código | 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

| Obligados aduaneros | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 54. Código | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 08 - 30 / 23 : 39: 18

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre CHARRIS CURVELO MARIA FERNANDA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA )* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| CHARRIS | CURVELO | MARIA FERNANDA |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. **1082993910** — *SEXO*: F ( ) M (X) — *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*: COLOMBIA

*LIBRETA MILITAR*

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA PAÍS DÍA 15 MES 12 AÑO 1994

DEPTO LA GUAJIRA

MUNICIPIO MAICAO

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

AV. FERROCARRIL #29C-1 APTO 706

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3127032213 EMAIL MARIAFDACHARRIS @GMAIL.COM

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| *EDUCACIÓN BÁSICA* | | | | | | | | | | | *TÍTULO OBTENIDO:* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X | MES 12 AÑO 2011 |

***EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

**TC** (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
**ES** (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

| *MODALIDAD ACADÉMICA* | *No.SEMESTRES APROBADOS* | *GRADUADO SI* | *GRADUADO NO* | *NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO* | *TERMINACIÓN MES* | *TERMINACIÓN AÑO* | *No. DE TARJETA PROFESIONAL* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| UN | 12 | X | | MEDICO | 06 | 2020 | 1082993910 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

| *IDIOMA* | *LO HABLA* | | | *LO LEE* | | | *LO ESCRIBE* | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | R | B | MB | R | B | MB | R | B | MB |
| *INGLES* | X | | | X | | | X | | |
| | | | | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

| | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE* | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*: ESE HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE | *PÚBLICA*: X | *PRIVADA* | *PAÍS*: COLOMBIA |
| *DEPARTAMENTO*: MAGDALENA | *MUNICIPIO*: SANTA MARTA | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: notificacionesjudiciales@hujmb.com |
| *TELÉFONOS*: 4365007 | *FECHA DE INGRESO*: DÍA 01 MES 01 AÑO 2021 | | *FECHA DE RETIRO*: DÍA MES AÑO |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*: MEDICO GENERAL DE HOSPITALIZACION | *DEPENDENCIA*: HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA | | *DIRECCIÓN*: Cra. 14 # 23-42 |
| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*: ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND | *PÚBLICA*: X | *PRIVADA* | *PAÍS*: COLOMBIA |
| *DEPARTAMENTO*: MAGDALENA | *MUNICIPIO*: SANTA MARTA | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: correoese@esealprorev.gov.co |
| *TELÉFONOS*: 4237009 | *FECHA DE INGRESO*: DÍA 01 MES 09 AÑO 2021 | | *FECHA DE RETIRO*: DÍA 30 MES 08 AÑO 2020 |
| *CARGO O CONTRATO*: MEDICO GENERAL | *DEPENDENCIA*: CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS, HOSPITALIZACION | | *DIRECCIÓN*: Avenida del Libertador Nº 25-67 |
| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO*: DÍA MES AÑO | | *FECHA DE RETIRO*: DÍA MES AÑO |
| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | | *DIRECCIÓN* |
| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO*: DÍA MES AÑO | | *FECHA DE RETIRO*: DÍA MES AÑO |
| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | | *DIRECCIÓN* |

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

| *OCUPACIÓN* | *TIEMPO DE EXPERIENCIA* | |
|---|---|---|
| | *AÑOS* | *MESES* |
| SERVIDOR PÚBLICO | 1 | 10 |
| EMPLEADO SECTOR PRIVADO | | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA | 1 | 10 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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



*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

La República de Colombia
y en su nombre, el

# Colegio "El Divino Niño"

Santa Marta D.T.C.H.

Aprobado según Resolución No. 197 del 14 de marzo de 2002,
emanada de la Secretaría de Educación Distrital,

Confiere a:

# María Fernanda Charris Curvelo

Identificada con T.I. 94121501257 Santa Marta, Magdalena

El Título de

# Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
al nivel de Educación Media, según los planes y programas
vigentes del Proyecto Educativo Institucional.

COLEGIO EL DIVINO NIÑO - SANTA MARTA

COLEGIO EL DIVINO NIÑO SANTA MARTA

Berta Riascos de Delvalle
Rectora

COLEGIO EL DIVINO NIÑO SECRETARIA SANTA MARTA

Denis Castrillón de Calvo
Secretaria

ACCESS LEVEL
COMMITTED TO EXCELLENCE
EFQM

Anotado al Folio No. 033 Libro de Registro No. 01

Dado en Santa Marta, D.T.C.H., a 2 de diciembre de 2011

No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

Premier

# COLEGIO "EL DIVINO NIÑO"

Carrera 20 A No. 22-36 Teléfono: 420 13 05
Santa Marta D.T.C.H.

ACCESS LEVEL
COMMITTED TO EXCELLENCE
EFQM

ICFES No. 103283 DANE No. 347001-000721 Acta No. 013

## ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

En la ciudad de Santa Marta D.T.C.H., el día 2 de diciembre de 2011 se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por Berta Riascos de Delvalle (Rectora) y Denis Castrillón de Calvo (Secretaria), en el cual el Colegio "El Divino Niño" confirió el título de:

## BACHILLER ACADÉMICO

**a:**

# María Fernanda Charris Curvelo

Identificada con T.I. 94121501257 Santa Marta, Magdalena

quien cumplió con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los reglamentos y normas legales vigentes. Le fue otorgado el diploma que la acredita como tal.

Esta Institución está aprobada en el nivel de Educación Media por la Secretaría de Educación Distrital, para otorgar el título en la modalidad Académica, según Resolución No. 197 del 14 de marzo de 2002.

Es fiel copia del Acta General en lo pertinente.

En Santa Marta D.T.C.H., a los 2 días del mes de diciembre de 2011.

Firmada y Sellada.

BERTA RIASCOS DE DELVALLE
C.C. No. 26.659.676 de Santa Marta
Rectora

DENIS CASTRILLÓN DE CALVO
C.C. No. 36.523.907 de Santa Marta
Secretaria

NOTA: No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

Premium

# República de Colombia

# UNIVERSIDAD LIBRE®

**Personería Jurídica No. 192 de 1946**

**y en su representación el Rector y los Profesores, en atención a que**

## *MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO*

CC Nº 1.082.993.910 de SANTA MARTA

ha completado los estudios y demás requisitos que los reglamentos exigen para optar al título de

## *Medico*

en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, le expide el presente Diploma que acredita su idoneidad. En testimonio de lo cual se firma y rubrica con el sello mayor de la Institución.

Decano

En la ciudad de BARRANQUILLA
19 de junio de 2020
Acta 7851, Folio 1251, Libro 1

El Rector

El Secretario General

UNIVERSIDAD LIBRE - ETITULO 2020-06-19T17:04:29-05:00
http://etitulo.com/validate/v/CFOR-TRES-SOAK-OF1O-TRY4-A159-2604-2695-00

Oficina de Admisiones y Registro
19 de junio de 2020
Registro 27011, Folio 202, Libro de Registro 14

Jefe de Admisiones y Registro

187487

THOMAS GREG & SONS

COPIA · · ELECTRÓNICA · · AUTENTICA · · ·

**Acta de Grado No.** **7851**
**Folio No.** **1251**

En el aula máxima de la Universidad Libre Seccional Barranquilla, siendo las 4:00 pm del día 19 del mes junio del año 2020, se reunieron los Doctores BEATRIZ HORTENCIA TOVAR CARRASQUILLA, Rector Seccional, SALVADOR ANTONIO RADA JIMENEZ, Decano Facultad de Ciencias de la Salud de la misma Facultad; con el fin de llevar a cabo el acto de grado, mediante delegación efectuada por el Rector Nacional contenida en la Resolución No. 001 del 15 de Octubre de 2014, de acuerdo con el numeral 10 del artículo 34, del Estatuto Orgánico de la Corporación Universidad Libre, del Egresado: CHARRIS CURVELO MARIA FERNANDA, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 1082993910 de Santa Marta, quien cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por la Ley y el Reglamento del Programa para optar al título de: **Médico**

Acto seguido se procede a recibirle juramento y hacerle entrega al (la) Graduado (a): CHARRIS CURVELO MARIA FERNANDA, del diploma y copia de la presente Acta de Grado.

En testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta de Grado, en la ciudad de Barranquilla, a los 19 días del mes de junio del año 2020.

Rector Seccional

El Decano

El Secretario Académico

El Graduado (a)

**C108299391000081305**

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

**NACIONAL DE ETICA MEDICA**

**CERTIFICA**

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO**, identificado(a) con C.C. No. 1082993910 y T.P. o R.M. No. 1082993910 del(a) Secretaría de salud del Atlántico, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el lunes 18 julio 2022 a solicitud del(a) interesado(a).

JOSE SINAY AREVALO LEAL
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA
PRESIDENTE

La salud es de todos

Minsalud

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

# IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO



C.C. 1082993910

MEDICO

Universidad Libre

Barranquilla

Grado: 19/06/2020

Rethus: 22/08/2020

www.ideas.com

Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192de 2010.Si esta tarjeta es encontrada, favor devolver al colegio medico colombiano Av. Carrera 15 # 100-43 Oficina 501 - Edificio Avenida 15 P.H. info@colegiomedicocolombiano.org

Firma Representante Colegio Medico Colombiano

Resultado General -2022-07-18→12:46:28 PM

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1082993910 | MARIA | FERNANDA | CHARRIS | CURVELO | Vigente | Ver |

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO identificado(a) con CC 1082993910 registra La siguiente información:

2022-07-18→12:46:28 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | MEDICINA | 2020-08-22 | 73024 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

Datos SSO

| Tipo Prestación | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación | Fecha Inicio | Fecha Fin | Modalidad Prestación | Programa Prestación | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Exonerado del SSO | Local | COLOMBIA\|ATLÁNTICO\|BARRANQUILLA | 1900-01-01 | 1900-01-01 | Sin Modalidad | Medicina | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Chubb Seguros Colombia S.A.
Nit 860.026.518-6
Carrera 7 No. 71-21 Torre B Piso 7
Bogotá D.C.
Colombia

(601) 326-6200 *PBX*
(601) 319-0300
(601) 319-0400
(601) 319-0408 FAX
www.chubb.com/co

**Certificado Individual de Seguro No. 00087CO000007482**
**Póliza Matriz Nº 16880**
**Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica**

| **Información del tomador** | | | |
|---|---|---|---|
| **Seguro por cuenta tomado por:** PROMEDICO | | **NIT:** | 890.310.418-4 |
| **Información del Asegurado** | | | |
| **Titular Asegurado:** | MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO | **C.C.:** | 1082993910 |
| **Profesión:** | MEDICINA GENERAL | | |
| **Ciudad** | CO RCM - PROMEDICO ZONA 3 - DEMÁS CIUDADES | | |

| **Vigencia Póliza de responsabilidad civil médica** | |
|---|---|
| **Fecha Inicio:** 30 de marzo de 2022<br>Desde Las 00:00 Horas | **Fecha Fin:** 29 de marzo de 2023<br>Hasta llas 24:00 Horas |
| El presente certificado conservará plena validez hasta que se incurra en alguna de las causales de terminación del contrato de seguro de que se trata, establecidas en las condiciones generales o en la ley. | |
| **Cobertura básica**<br>**Responsabilidad civil médica** | |
| En desarrollo del inciso 1ro del artículo 4to de la Ley 389 de 1997, el asegurador indemnizará en exceso del deducible y hasta el límite de responsabilidad, los daños y/o gastos legales a cargo del asegurado, provenientes de una reclamación presentada por primera vez en contra del asegurado durante el periodo contractual, derivada de la responsabilidad civil en que incurra de acuerdo con la ley (y/o durante el periodo adicional para recibir reclamaciones, en caso en que este último sea contratado), por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales. Los actos médicos erróneos que originen una reclamación deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la fecha de retroactividad especificada en las condiciones particulares y con anterioridad a la finalización del periodo contractual. | |
| **Requisitos de Asegurabilidad**<br>Para efectos de este seguro, el Asegurado no debe tener conocimiento de reclamaciones o circunstancias diferentes a las ya reportadas en Chubb Seguros, ya que las mismas estarán excluidas de cobertura.<br>El Asegurado deberá estar debidamente registrado bajo las leyes colombianas y su licencia profesional tiene que estar vigente.<br>El Asegurado deberá declarar que no ha estado involucrado en ningún litigio por la prestación de sus servicios profesionales y que no tiene conocimiento de hechos que puedan derivar en un reclamo bajo la póliza contratada | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Beneficiarios:** | Terceros afectados | **Fecha de Retroactividad:** | 30/03/2022 |
| **Límite Asegurado:** | 300.000.000 | **Deducible** | Para límite de **$100.000.000 a $600.000.000: 5%** de todo y cada reclamo, con un mínimo de COP **$1.000.000** por todo y cada reclamo. |
| | | | Para límite de **$800.000.000 y $1.000.000.000: 10%** de todo y cada reclamo, con un mínimo de COP **$1.500.000** por todo y cada reclamo. |
| | | | *No aplica deducible para Gastos de Defensa*. |

| **Extensiones de cobertura (De conformidad con lo descrito en el clausulado general)** | |
|---|---|
| **Haciendo parte del límite agregado anual de la póliza** | **Sublimite** |
| En caso de fallecimiento, incapacidad o insolvencia de cualquier persona natural considerada asegurado, la presente póliza se extenderá a cubrir los daños y/o gastos legales provenientes de una reclamación entablada contra el caudal hereditario, herederos o representante legales de tal asegurado por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales de acuerdo a las disposiciones legales y a los términos y condiciones de la presente póliza. | 100% |
| La cobertura básica de responsabilidad civil médica, se extiende a cubrir al cónyuge de cualquier persona | 100% |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

| | |
|---|---|
| natural considerada asegurado, cuando éste deba asumir un daño y/o gastos legales derivados de una reclamación basada en un acto médico erróneo cometido por el asegurado en la prestación de sus servicios profesionales, y que como consecuencia, se pretenda obtener indemnización del patrimonio de los cónyuges. Lo anterior de acuerdo con las disposiciones legales y a los términos y condiciones de la presente póliza. | |
| Gastos legales incurridos en una investigación iniciada contra el asegurado | 100% |
| Gastos penales | 100% |
| Cobertura para las cirugías reconstructivas | 100% |
| Cobertura para empleados no profesionales | 100% |
| Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamentos | 100% |
| Cobertura para la utilización y posesión de instrumentos propios de la medicina | 100% |
| Cobertura de daños extra-patrimoniales | 100% |

**Coberturas adicionales a las establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza de Responsabilidad civil médica**

- La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación "Claims-Made", es decir, se cubren todas las reclamaciones presentadas por primera vez, durante la vigencia de la póliza, en un todo de acuerdo con lo establecido en el artículo cuarto de la Ley 389 de 1997
- Periodo adicional para recibir reclamaciones, de acuerdo con las condiciones de la póliza: Un periodo de 24 meses sin cobro de prima adicional
- Gastos de defensa sin deducible
- Por medio del presente anexo se incluye la siguiente condición bajo la póliza

  Visitas a domicilio: Mediante la contratación de este Anexo y de aparecer como tal amparado en la Carátula de la Póliza, queda entendido y acordado por las partes que se cubren las **reclamaciones** a consecuencia de la prestación de **Servicios Profesionales** realizados por el **Asegurado** en el domicilio del paciente.

  Se cubren los **Actos Médicos Erróneos** y el tratamiento practicado inclusive en las instalaciones de terceros, quedando excluidos los daños materiales causados durante el montaje y desmontaje del local donde se prestaren los **Servicios Profesionales**.

  La presente cobertura será válida solamente en los casos en los que los Daños Corporales hayan sido causados por el **Asegurado** y/o sus dependientes laborales o las personas que estén cubiertas por la presente Póliza mediante prueba fehaciente de que se estaban prestando **Servicios Profesionales** al paciente.

  Mediante el presente Endoso se elimina la exclusión 3.32

  Demás términos y condiciones de la Póliza permanecen sin cambio.
- Todas las extensiones y coberturas forman parte y no operaran en adición al límite total agregado de la póliza
- Las coberturas, exclusiones y garantías del presente seguro las tiene a su disposición en la página web www.chubbseguros.com.co, clausulado RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD 31/08/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160114 000I 31-08-2020-1305-NT-06-P&CNTCHUBBSEG054.

**EXCLUSIONES ADICIONALES A LAS ESTABLECIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES**

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES INDICADAS EN EL CONDICIONADO GENERAL RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD 31/08/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160114 000I 31-08-2020-1305-NT-06-P&CNTCHUBBSEG054, EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS NI GASTOS LEGALES DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

- ACTOS MEDICOS RESPECTO DE CIRUGIAS BARIATRICAS.
- QUEDA EXCLUIDA CUALQUIER RECLAMACIÓN POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS GARANTIAS CONTEMPLADAS EN LA SECCION 25 DE LA PRESENTE PÓLIZA.
- EXCLUSIÓN OFAC: ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES NOS PROHÍBAN PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES. TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN.
- EXCLUSIÓN CONDUCTA SEXUAL

  EL **ASEGURADOR** NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR **DAÑOS** NI **GASTOS LEGALES** DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS **DAÑOS** Y **GASTOS LEGALES** SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A: **CONDUCTA SEXUAL** ATRIBUIBLE AL ASEGURADO.

Chubb. Insured.℠

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**CONDUCTA SEXUAL** SIGNIFICA CUALQUIER ACTO VERBAL O NO VERBAL, COMUNICACIÓN, CONTACTO U OTRA CONDUCTA QUE INVOLUCRE ABUSO SEXUAL, INTIMIDACIÓN SEXUAL, ACOSO SEXUAL O DISCRIMINACIÓN.

| **Prima** | |
|---|---|
| Prima Responsabilidad Civil Médica Antes de Iva | 285.696 |
| Iva Prima Responsabilidad Civil Médica | 54.282 |
| Prima Anual Total | 339.978 |

**Información importante**

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

EL PRESENTE SEGURO ESTÁ SUJETO A EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE COBERTURA QUE SE DESCRIBEN Y SE DEFINEN DETALLADAMENTE EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO Y EN LAS DE CADA UNO DE SUS AMPAROS ADICIONALES.



**Chubb Seguros Colombia S.A.**
**Firma Autorizada**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Chubb. Insured.℠

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

# CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE:

## *María Fernanda charris curvelo*

CC: 1082993910

En el Curso de: **ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO**

Para: **Médico.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano. **Basados en el marco de la resolución, N° 0459 de 2012 y cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019. .**

Realizado el **21** del mes de **Agosto** del **2020** con una intensidad de 28 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Coo rdinador científico:
Dr. Jose Esteban Estrada
Instructor titular A.H.A.
PALS - Cuidado crítico PED-NEO

Rep resentante legal:
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Cra 46 #79 - 96 Piso 2 / Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
**www.quironcolombia.com**

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

# CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE:

## *María Fernanda charris curvelo*

CC: 1082993910

En el Curso de: **SOPORTE VITAL BASICO Y AVANZADO,** basado en los lineamientos establecidos por la Sociedad americana del corazón(A.H.A).

Para: **Médico.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** Con instructor titulado por la sociedad americana del corazón. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano. **Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.**

Realizado el **21** del mes de **Agosto** del **2020** con una intensidad de 48 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Coordinador científico:
Dr. Jose Esteban Estrada
Instructor titular A.H.A.
PALS - Cuidado crítico PED-NEO

Representante legal:
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Cra 46 #79 - 96 Piso 2 / Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
**www.quironcolombia.com**

ACESS

# ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Otorga el presente certificado a

## MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO

**C.C. 1.082.993.910**

Por haber asistido y aprobado el curso:

*formación continua en*

# MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO

Realizado en modalidad virtual, **los días 8 al 10 de Marzo de 2021.**
con una intensidad académica de **20 horas.**
El curso cumple con lo establecido en la Res. 3100 del 2019.
Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
**DIRECTOR ACESS SANTA MARTA**

info@acess.com.co 318 5954676 / 420 8583

ACESS

Otorga el presente certificado a

# MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO

**C.C. 1082993910**

por haber asistido y aprobado el curso:

HUMANIZACIÓN DE SERVICIO Y

## Gestión del Duelo

Realizado en modalidad virtual los días 01 y 02 de Marzo **de 2021**,
con una intensidad horaria de **20 horas**.
El curso cumple con lo establecido en la Res 3100 del 2019,
Aprobado resolución 3228 del 2017.

Javier Alfaro Roa
**DIRECTOR ACESS**

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL
318 5954676 / 420 8583 info@acess.com.co www.acess.com.co

www.acess.com.co

ACESS

# ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Otorga el presente certificado a

## MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO

**C.C. 1082993910**

Por haber asistido y aprobado el curso:

## GESTIÓN DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

CURSO ONLINE

Realizado en modalidad virtual los días **27 y 28 de Febrero 2021,**
con una intensidad horaria de 20 horas.

El curso cumple con lo establecido en la Res 3100 del 2019.
Aprobado resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
**DIRECTOR ACESS SANTA MARTA**

info@acess.com.co 318 5954676 / 420 8583

**SALUD, SEGURIDAD & AMBIENTE**
**Dr. SIGIFREDO QUINTERO ARGOTE**
**Nit. 17973720-1**

## CONCEPTO MEDICO LABORAL (CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL)

**TIPO DE EXAMEN** [X] 1 Ingreso [ ] 2 Reubicación [ ] 3. Periodicos [ ] 4. Retiro

| NOMBRE Y APELLIDOS: **MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO** | CEDULA **1.082.993.910** | FECHA | 28 (DIA) | 8 (MES) | 2020 (AÑO) |
|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA: ESE ALEJANDRO PROSPERO REVERE | CARGO: MEDICO GENERAL | HC: 1082993910 | | | |

**Resultado del examen:** (Marque solo uno) [X] 1 [ ] 2 [ ] 3

IMPRESION DIAGNOSTICA

**1. APTO SIN RESTRICCIONES Y/O RECOMENDACIONES.**

**Protección personal:** [ ] CS [ ] BT [ ] P.A. [ ] P.R. [ ] P.V.

**Comentario:**

**R/ VALORACION Y SEGUIMIENTO ANUAL CON EXAMENES PERIODICOS.**

**Examenes paraclinicos y complementarios:**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| [X] EX. OSTEOMUSCULAR PSICOLOGIA LABORAL. | [ ] Parcial de orina (incluye glucosaria) | [ ] Visiometría | [ ] Perfil lipidico | |
| [ ] EKG, | [ ] RH Grupo, BK | [ ] Audiometria,Foniatr | [ ] Frotis NF, KOH uñas. | |
| [ ] Hemograma | [ ] VDRL,Glicemia | [ ] Espirometría | [ ] Trabajo en altura | |

**Vacunas**

F-Amarilla [X] Tetano [X] Hepatitis B [ ]

| | | |
|---|---|---|
| DR. SIGIFREDO QUINTERO ARGOTE | | FIRMA DEL TRABAJADOR |
| R.M. RM. 0710 LSO. 0109 SSA | FIRMA DEL MEDICO | C.C.: |

1 - Apto: Aceptado para su trabajo, SIN RESTRCCIONES

2 - Apto con restricción: Con patologías que no limitan su trabajo

3 - CON RESTRICCION: No se recomienda por tener una patologia que lo limita o se agrava con el trabajo a realizar

CS: Casco
BT: Botas
PA: Protector auditivo
PR: Protector respiratorio
PV: Protector visual

C.C. Carpeta de Trabajador

| VACUNAS | BIOLÓGICO | DOSIS | FECHA APLICACIÓN | | | LOTE | FIRMA Y SELLO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | DD | MM | AA | | |
| TITANO Td Dpta | | 1era | | | | | |
| | | 2da | | | | | |
| | | 3era | | | | | |
| | | Ref. 1 | | | | | |
| | | Ref. 2 | | | | | |
| HEPATITIS B | | 1era | 30 | 4 | 19 | AHBVC | |
| | | 2da | | | | | |
| | | 3era | | | | | |
| | | Ref. 1 | | | | | |
| HEPATITIS A | | 1era | | | | | |
| | | 2da | | | | | |
| VARICELA | | 1era | | | | | |
| | | 2da | | | | | |
| MENINGITIS B,C | | 1era | | | | | |
| | | 2da | | | | | |
| MENINGITIS A,C Y W13S | | 1era | | | | | |
| NEUMOCOCO | | 1era | | | | | |
| | | 2da | | | | | |
| TRIPLE VIRAL | | 1era | | | | | |
| FIEBRE TIFOIDEA | | 1era | | | | | |
| VPH | | 1era | | | | | |
| | | 2da | | | | | |
| | | 3era | | | | | |
| INFLUENZA | | 1era | | | | | |
| | | Ref | | | | | |
| REFUERZOS | | Ref | | | | | |
| | | Ref | | | | | |
| OTRAS | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Scanned by CamScanner

Cra 50 # 80-18 consultorio 209 Centro Médico Unimec.
Barranquilla, Atlantico.
Teléfonos : 309 3903 - 301 552 1816.
2019

Engerix™ -B 20

ADULT DOSE 1 dose/dosis (1 ml)
rDNA hepatitis B vaccine/Vacuna recombinant contre l'hépatite B/Vacuna antihepatitis B ADNr
Inj./Inyec.: I.M. - Storage/Cons.: +2°C/+8°C
Do not freeze/Ne pas congeler/No congelar
GSK Biologicals s.a. Rixensart – Belgium

1 dos.

LOT/MFD/EXP:
AHBVC711AF
11-2017
10-2020

7oLu0y

CARNET DE VACUNACIÓN

CENTRO DE VACUNAS

Medical Care

Cuidados médicos para tu vida

No. 1146

Por un mundo sin contagios...

Nombre: Maria F Charris Cuadro

D.I.: 1082993910

TEL/CEL: 3127032213

Scanned by CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | Única | 26-02/19 | 8128 M411 | |
| Fiebre amarilla | Única | 18/09/15 | 15046 | |
| Toxoide Tetánico Diftérico (Td) | 2 | 26-02/19 | 2275020/615 | |
| | 1 | 18-09/15 | 2222 | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | 06/10/15 | 6891 | SB. |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Anti rábica | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Influenza | Anual | 18-09-15 | 15046. | Sin Vacuna. |
| Otras | ~~Tdpa~~ | 30.4-19 | TJA93 | |
| | Hepatitis A | 29/05/19 | AHABB385A | Gricelda López |
| | Neumococo | 29/05/19. | V6109AE | Gricelda López |

Scanned by CamScanner

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

*Consérvelo*

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

*POR MÍ Y POR COLOMBIA ,YO ME VACUNO.*

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINSALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Maria Fernanda

Apellidos: Charris Corvelo

Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte No. 1082993910

Fecha de Nacimiento: Día. 15 Mes. 12 Año. 1994

Scanned by CamScanner

El servicio público es de todos | Función Pública

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

| Tipo de declaración | OTRO | Fecha de publicación | 2022-07-18 13:05 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| MARIA | FERNANDA | CHARRIS | CURVELO |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1082993910 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento

| País | Colombia | Departamento | La Guajira | Municipio | MAICAO |
|---|---|---|---|---|---|

Lugar de domicilio

| País | Colombia | Departamento | Magdalena | Municipio | SANTA MARTA |
|---|---|---|---|---|---|

| Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
|---|---|

Lugar de sede

| País | Colombia | Departamento | Magdalena | Municipio | SANTA MARTA |
|---|---|---|---|---|---|

| Dirección | ["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"] |
|---|---|

| Cargo o función que cumple | CONTRATISTA |
|---|---|

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

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $5.000.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | |
| Otros ingresos y rentas | $800.000,00 |
| TOTAL | $5.800.000,00 |

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

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

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

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

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

### 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

| |
|---|
| |

## 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

## 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

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

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Tipo de inversión | Valor | País |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

| Nombre entidad | Valor |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |

CE-006 - 0000000100 – 2022

# CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1082993910 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Charris Curvelo,Maria Fernanda |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| TIPO DE TRABAJADOR | Independiente |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN | 01/10/2021 |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | Vigente |
| ESTADO DE SERVICIO | Habilitado |
| REGIMEN | Contributivo |

La presente se expide a nombre de Charris Curvelo,Maria Fernanda, a los 05 días del mes de julio del año 2022.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **CHARRIS CURVELO MARIA FERNANDA** identificado(a) con **CC** número **1.082.993.910** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 23 de marzo de 2013 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 18 de julio de 2022.

Cordialmente,




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

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

2022071813183

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**POSITIVA**
**COMPAÑIA DE SEGUROS S.A**
**NIT 860.011.153-6**

**CERTIFICA QUE:**

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora MARIA FERNANDA CHARRIS CURVERO, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1082993910, contratista de la empresa HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, con NIT No. 891780185, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/04/2022 y fecha fin de contrato 31/07/2022 con riesgo 3.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201017273622.

MIS 4_1_3_FR15 v_04

Esta certificación se expide a los 18 días del mes de Julio de 2022.

Cordialmente

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**



**Impreso por Internet el 18/07/2022 1:20:34 p. m.**
**ISCDC: 18/07/2022 1:20:34 p. m.**

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

| Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación |
|---|---|---|
| | | |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| Nombres y Apellidos | | | | | | | | | | | | Sexo | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | M | X | F | |

| Tipo de Documento | | | | | | | | | Número | Expedida en | Fecha de Expedición |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. | X | C.E | | T.I | | R.C | | PP | 1082993910 | SANTA MARTA | 1/16/2016 |

| Estado Civil (Seleccione) | | | | | Nivel educativo | | | | No. Personas a cargo | Tipo de Vivienda | | | Zona Ubicación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Soltero | Casado | Divorciado | U. libre | Viudo | Primaria | Bachiller | Técnico | Universidad | | Propia | Arrendada | Familia | Rural | Urbano |
| X | | | | | | | | X | | | X | | | X |

| Fecha nacimiento | | | Lugar de Nacimiento | Direccion Domicilio | Municipio / Ciudad | Departamento |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 15 | 12 | 1994 | SANTA MARTA | CALLE 24a #2- 47 APTO 1101 | SANTA MARTA | MAGDALENA |

| Correo Electrónico | No. Cedula | Telefono |
|---|---|---|
| MARIAFDACHARRIS@GMAIL.COM | 1082993910 | 3127032213 |

| Ocupación (Seleccione) | | | | | | | | | | Actividad Principal CIIU | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estudiante | | Independiente | | Empleado | X | Hogar | | Jubilado | | | | | | |

| Detalle Actividad Económica | Descripción del CIIU |
|---|---|
| | |

## 1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

## 2. DATOS LABORALES

| Nombre de la Empresa o Negocio | Tipo de Empresa o Negocio | | | | | | | Cargo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HUJ M B | Publica | X | Privada | | Mixta | | Otra, cual? | MEDICO |

| Dirección de empresa o negocio | Ciudad | Barrio | No. Teléfono |
|---|---|---|---|
| CARREra 14 NO 23-42 | SANTA MARTA | ALCAZARES | 4346262 |

| Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? | SI | | NO | X |
|---|---|---|---|---|

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| | |
|---|---|
| Total Ingresos Mensuales 5,000,000 | Total Egresos mensuales 1,600,000 |
| Otros Ingresos Mensuales 800,000 | Otros Egresos Mensuales 500,000 |
| Total Activos 5,800,000 | Total Pasivos 2,100,000 |

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

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

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

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

## 4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades licitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

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

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

## 5. FIRMA Y HUELLA

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

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

Scanned with CamScanner