REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **63.471.302**

CASTRO FLOREZ

APELLIDOS

GLORIA MARIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-ENE-1978**

BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

19-MAR-1996 BARRANCABERMEJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00484720-F-0063471302-20131003 **0035**262291A 1 4442568863

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	**LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL**	CODIGO: GJC12F VERSION: 04 FECHA DE ULTIMA REVISION:9/12/2022 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ, Identificado con Cédula No. 63471302 y Profesión MEDICO **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	Cedula de Ciudadanía	✓	
3	Lista de Chequeo para Inducción de puesto de trabajo (Entregado Por el área de supervisión)	✓	
4	Registro Proveedores - Persona Natural (**REGISTRARSE EN https://slji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php**	✓	
5	Propuesta de Servicios	✓	
6	Certificado antecedentes Procuraduría (**fecha vigente — no superior a 30 días**)	✓	
7	Certificado antecedentes Contraloría (**fecha vigente — no superior a 30 días**)	✓	
8	Certificado antecedentes Policía Nacional (**fecha vigente — no superior a 30 días**)	✓	
9	Certificados antecedentes del sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia (**fecha vigente — no superior a 30 días**)	✓	
10	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
11	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		✓
12	RUT - Registro Único Tributario	✓	
13	Hoja de Vida — Función publica	✓	
14	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)	✓	
15	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (**fecha vigente – MES actual**).	✓	
16	Convalidación de Titulo (**Médicos y Médicos Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		
17	Resolución departamental para ejercer profesión - (**personal asistencial**)		✓
18	Tarjeta Profesional		✓
19	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)		✓
20	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		✓
21	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**).	✓	
22	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, (**Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	✓	
23	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, (**Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	✓	
24	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) (**Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
25	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) (**Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
26	Certificado de Curso en **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)	✓	
27	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.*	✓	
28	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*)	✓	
29	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.*	✓	
30	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***).	✓	
31	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), (**Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
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**)	✓	
33	Soporte de experiencia laboral.	✓	
34	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)	✓	
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**)	✓	
36	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días)	✓	
37	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días)	✓	
38	Certificado ARL (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días)	✓	
39	Certificado **SARLAF** – PERSONA NATURAL - https://hujmb.gov.co/wp-content/uploads/proveedores/FINC4F%20FORMATO-VINCULACION%20PERSONA%20NATURAL.xlsx	✓	

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

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **63471302**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	63471302	CASTRO	FLOREZ	GLORIA	MARIA	05/09/21

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022.

Santa Marta 11/12/2022

Dr. Jose Rafael Dominguez Ayala
Gerente
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE HUJMB.

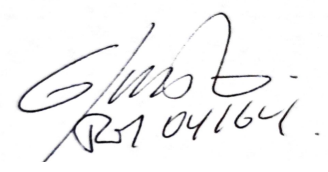
Propuesta de servicios

Por medio del presente medio yo **Gloria Maria Castro Florez** Identificada **con CC 63.471.302 de B/bermeja** ,me permito Ofrecerles mis Servicios como Medico General para laborar en el HUJMB

PERFIL PROFESIONAL
Soy Medico egresada de la Universidad de Manizales desde julio de 2008 ,con Amplia experiencia Tanto en el Servicio de Urgencias como en Realizar Acciones de promoción de la salud ,prevención y tratamiento de las personas y grupos con problemas de salud , formada para ejercer como un Médico integral capacitada para resolver los problemas más frecuentes de la salud de la población colombiana desde los aspectos biológicos, Psicosociales ,excelente formación clínica y buenas relaciones interpersonales

Agradeciendo su Valiosa Atención, quedo atenta a su LLamado con Disponibilidad para laborar Inmediata en las jornadas de tardes y noches

Cordialmente



Gloria Maria astro Florez
CC 63.471.302
RM: 04164

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 211213033

WEB
23:01:46

Bogotá DC, 11 de diciembre del 2022

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 63471302:

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 domingo 11 de diciembre de 2022, a las 23:40:20, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	63471302
Código de Verificación	634713022221211234020

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

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

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:55:59 PM horas del 11/12/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **63471302**

Apellidos y Nombres: **CASTRO FLOREZ GLORIA MARIA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

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

Todos los derechos reservados

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:55:59 PM horas del 11/12/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **63471302**

Apellidos y Nombres: **CASTRO FLOREZ GLORIA MARIA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

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

Todos los derechos reservados

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14882578785

(415)7707212489984(8020) 000001488257878 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
6 3 4 7 1 3 0 2	9	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	6 3 4 7 1 3 0 2	1 9 9 6 0 3 1 9

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Santander 6 8	Barrancabermeja 0 8 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASTRO	FLOREZ	GLORIA	MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
CASTRO FLOREZ GLORIA MARIA	

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 62 30 110

42. Correo electrónico: gloriamariacastro78@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
0 4 7	3 1 6 7 7 8 7 9 2 8	

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 2 1	2 0 0 9 0 5 0 4	7 4 9 0	2 0 0 9 0 5 0 4	4 7 7 3		1 4 1 9	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	5	2	2	4	9																					

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
22- Obligado a cumplir deberes formales a
49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros																					Exportadores									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3				
54. Código																							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 2022 - 12 - 12 / 12 : 16: 41

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 CASTRO FLOREZ GLORIA MARIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 12-12-2022 12:16:54PM

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario **14882578785**

(415)7707212489984(8020) **000001488257878 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
		Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo terapéutico 8 6 9 2

162. Nombre del establecimiento: CASTRO FLOREZ GLORIA MARIA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Caldas 1 7	Manizales 0 0 1

165. Dirección: CR 13 16 47

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
9 7 2 1 5	2 0 0 3 0 5 1 9
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 1 0 3 0 8 2	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

DOCUMENTO CERTIFICADO 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
CASTRO	FLOREZ	GLORIA MARIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 63471302 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: _____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 12 MES 01 AÑO 1978

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO BARRANCABERMEJA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra 62 N. 30-110

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3167787928 EMAIL _____

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: BACHILLER
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o. X	6o.	7o.	8o.	9o.	10 X	MES 11 AÑO 1994

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
PRESENCIAL	12	X		MEDICO GENERAL	07	2008	04164

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO HUJMB	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 25 MES 07 AÑO 2018	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICO	HOSPITALIZACION	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
POLICIA NACIONAL DIRECCION DE SANIDAD	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 12 MES 03 AÑO 2021	DÍA 12 MES 03 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICO	CONSULTA EXTERNA	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
OCGN CLINICA GENERAL DEL NORTE		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 13 MES 01 AÑO 2011	DÍA 15 MES 09 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICO	CONSULTA EXTERNA	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CLINICA LA (MAGDALENA) MILAGROSA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 29 MES 09 AÑO 2010	DÍA 29 MES 09 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICO	URGENCIAS	

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	4	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	9	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	14	5

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta 11/12/2022

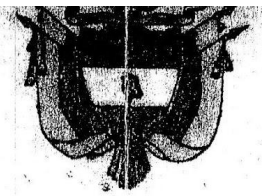
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



La Republica de Colombia
y en su nombre

El Colegio Integrado Santo Tomás

Barrancabermeja

Aprobado por la Gobernación de Santander, según
Resolución No. 5603 de Octubre 16 de 1990

Confiere a

Gloria María Castro Flórez

T.I. 780112-10278 de Barrancabermeja

El Título de

Bachiller en Ciencias

Modalidad: Ciencias Naturales

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

Rector

Secretaria

Cód._____

Folio _____ Libro de Registro del Colegio No. _____

Dado en Barrancabermeja, a ___ de _____ 199 ____

UNIVERSIDAD DE MANIZALES

PERTENENCIA - EFICIENCIA - TRANSPARENCIA

Acta de Grado

UNIVERSIDAD DE MANIZALES

ACTA DE GRADO No. 14201

FACULTAD DE MEDICINA

En la ciudad de Manizales a los veinticinco (25) días del mes de julio del año dos mil ocho (2008), **LA UNIVERSIDAD DE MANIZALES**, realizó Ceremonia de Grado presidida por el señor Rector, el Secretario General, el Vicerrector Académico y el Decano de la Facultad, con el fin de conferir el título de **MÉDICO(A)** al egresado(a) **GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 63.471.302 expedida en Barrancabermeja. La Rectoría de conformidad con la Resolución No. 064 del 11 de julio de 2008, aprobó el otorgamiento del título.

Tomado el juramento de rigor, el señor Rector le hizo entrega del DIPLOMA registrado en el folio No. 530 libro No. 7.

El graduado(a) cumplió con todos los requisitos legales, estatutarios y reglamentarios de la UNIVERSIDAD.

Se firma la presente Acta en la ciudad de Manizales, a los veinticinco (25) días del mes de julio del año dos mil ocho (2008).

HUGO SALAZAR GARCIA
Rector

OSCAR CASTAÑO VALENCIA
Decano

CESAR HOYOS HERRERA
Vicerrector Académico

CÉSAR AUGUSTO BOTERO MUÑOZ
Secretario General

Emperatriz A

UNIVERSIDAD DE MANIZALES

En nombre de la República de Colombia,
y por autorización del
Ministerio de Educación Nacional

La
Universidad de Manizales

Reconocida por Resolución N° 2317 del 7 de abril de 1992

confiere a:

Gloria María Castro Florez

Identificado(a) con C.C. 63.471.302 de Barrancabermeja

el título de:

MÉDICA

En testimonio de ello se expide, firma y sella el presente diploma
en la ciudad de Manizales, Caldas, a los 25 días del mes de julio de 2008

Rector de la Universidad | Decano de la Facultad | Vicerrector Académico | Secretario General

Registrado al folio 530 del Libro de Diplomas N° E
Manizales, 21 de Julio de 2008

14201
Registrado Secretaría General
Universidad de Manizales

República de Colombia

Gobernación de Santander

RESOLUCION	Código: DS-RG-01.5.0.0-27-06	Fecha: 29/12/06	Versión: 2	Pág. ___ de ___

RESOLUCION No. 004164

15 ABR 2009

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de las atribuciones legales y en especial las que le confiere el Decreto 001875 de Agosto 3 de 1994,y.

CONSIDERANDO

Que GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ identificado (a) con la Cédula de ciudadanía No.63.471.302 expedida en BARRANCABERMEJA , ha solicitado la autorización del ejercicio profesional como: MEDICA .

Título que le otorgó, LA UNIVERSIDAD DE MANIZALES , el 25 DE JULIO DE 2008.

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en UNIDAD CLINICA LA MAGDALENA LTDA. BARRANCABERMEJA desde 01 DE SEPTIEMBRE DE 2008 hasta el 01 DE MARZO DE 2009.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a, GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ Identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 63.471.302, de BARRANCABERMEJA , para ejercer la profesión de MEDICA , en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO.- La presente Resolución rige a partir de la fecha de expedición.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

15 ABR 2009

LUIS ERNESTO GARCIA VARGAS
Secretario de Salud Departamental

Proyectó: ANA VICTORIA MERCHAN CACERES
Revisó : VICTOR GUILLERMO TABOADA ACUÑA

República de Colombia

Gobernación de Santander

RESOLUCION	Código: DS-RS-01.5.0.0-06-06	Fecha: 25/05/07	Versión: 2	Pág. ___ de___

RESOLUCION NÚMERO 13066 **DE** 28 OCT 2008

Por la cual se causa novedad del Servicio Social Obligatorio

EL SECRETARIO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

En uso de sus facultades legales, y en especial las que le confiere el Decreto 0182 *del 19 de agosto de 2008*

RESUELVE

ARTICULO ÙNICO: Confirmar el nombramiento de **GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ,** identificada con Cédula de Ciudadanía Número 63.471.302 de Barrancabermeja, con Acta de Grado Nº 14201 del 25 de julio de 2008, de la **UNIVERSIDAD DE MANIZALEZ** , en el cargo de **MEDICO ,** Servicio Social Obligatorio en la **UNIDAD CLINICA LA MAGDALENA LTDA.- BARRANCABERMEJA - SANTANDER** a partir del 01 de septiembre de 2008, *según Contrato Individual de Trabajo a término fijo del 01 de septiembre de 2008 y demás* documentos soportes.

Formulario No.0016 Ordinal 32 –M de marzo 10 de 2008

Expedida en Bucaramanga, a los 28 OCT 2008

LUIS ERNESTO GARCIA VARGAS
Secretario de Salud Departamental

Proyecto: Ninfa Isabel La Rotta de Herrera
Profesional Universitario/Div. Apoyo Adtivo. Institucional

Elaboro, Reviso: Cecilia Meléndez D.

07.0.3.1.174.09

Bucaramanga, 25 de Marzo de 2009

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA ADSCRITA A LA DIVISIÓN APOYO ADMINISTRATIVO INSTITUCIONAL DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

HACEN CONSTAR

Que mediante Resolución No 13066 del 28 de Octubre de 2008, se confirmó el nombramiento de **GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ,** identificada con cédula de ciudadanía No. 63.471.302 de Barrancabermeja, en el cargo de **MEDICO,** en la **UNIDAD CLINICA LA MAGDALENA LTDA. - - BARRANCABERMEJA – SANTANDER** a partir del 01 de Septiembre de 2008 hasta el 01 de Marzo de 2009 según Contrato Individual de Trabajo a Termino Fijo No. 17558899 de 01 de Septiembre de 2008, en cumplimiento del Servicio Social Obligatorio,.

Que el cargo y localidad mencionados son aprobados por la Secretaria de Salud Departamental, según Formulario Nº 0016 Ordinal 32 -M de Marzo 10 de 2008.

Se adhiere y anulan estampillas de Pro-Hospitales $1.700.oo, Pro-Cultura $1.700.oo, Pro-Electrificación $ 800.oo, Pro-Desarrollo $ 700.oo, Pro-Anciano $ 700.oo, según recibo oficial Nº 90331349

Se expide a petición del interesado para trámite del Registro del Diploma

NINFA ISABEL LA ROTTA DE HERRERA

Elaboró, reviso: Cecilia Meléndez D.

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

EL LIDER DE PROGRAMA DE LA DIVISION DE ACREDITACION VIGILANCIA Y CONTROL

C E R T I F I C A:

Que GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ identificado (a) con cédula de ciudadanía número 63.471.302 expedida en BARRANCABERMEJA se encuentra registrado según Resolución No. 04164, de 15 DE ABRIL DE 2009, emanada de SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER la cual autoriza el ejercicio de la profesión en todo el Territorio Nacional.

Inscrito (a) ante esta Secretaria bajo el No. 03, folio 17, libro No. 20 de MEDICA fecha de inscripción 23 DE ABRIL DE 2009.

Se adhieren y se anulan estampillas correspondientes a este concepto.

Expedida en Bucaramanga a los 23 DE ABRIL DE 2009.

VICTOR GUILLERMO TABOADA ACUÑA

Proyectó: ANA VICTORIA MERCHAN CACERES

C6347130200102183

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) **GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ**, identificado(a) con C.C. No. 63471302 y T.P. o R.M. No. 04164/2009 del(a) Secretaría Seccional de Salud del Magdalena, 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 12 diciembre 2022 a solicitud del(a) interesado(a).

JOSE SINAY AREVALO LEAL
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA
PRESIDENTE

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 6 1 7

"Por la cual se registra un título"

EL SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD DE MAGDALENA

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgado por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 63.471.302 expedida en Barrancabermeja - Santander, solicitó ante esta Secretaria la **INSCRIPCIÓN** de su titulo de **MEDICA** que le otorgó **LA UNIVERSIDAD DE MANIZALES** de Manizales - Caldas, según Acta de Grado No. 14201 del 25 de Julio de 2008 y Diploma Registrado en el Libro de Diplomas No. 7 Folio No. 530 y quien presenta Resolución de Autorización del Ejercicio Profesional No. 04164 expedida por la Secretaria de Salud Departamental de Santander el 15 de Abril de 2009.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes:

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Inscribir a **GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 63.471.302 expedida en Barrancabermeja – Santander, para ejercer la profesión de **MEDICA** en el Departamento del Magdalena.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizo el Titulo o Certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 18 MAY 2011

STEVENSON MARULANDA PLATA
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

Proyectado por Germán Navarro C. – Administrador de Empresas

Revisó: Andrea Palacios Polania Profesional Especializado

EL MAGDALENA UNIDO LA GRAN TRANSFORMACION

.1372

Libertad y Orden

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACION UNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

Registro No.
68 4164/2009

Profesión u Ocupación
MÉDICO

Nombres y Apellidos
CASTRO FLOREZ GLORIA MARIA

C.C. o C.E.
CC 63471302

De
BARRANCABERMEJA

Institución de Educación
U. DE MANIZALES

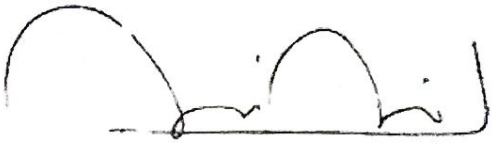
Ciudad
MANIZALES

Código 64132/68

Fecha de Expedición 09/11/10

FIRMA

FIRMA
MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO



ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020
Horario de atención:
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.
Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso.

Cambiar

2450

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2022-12-12→2:57:42 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	63471302	GLORIA	MARIA	CASTRO	FLOREZ	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) GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ identificado(a) con CC 63471302 registra La siguiente información:

2022-12-12→2:57:42 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Medicina	2009-04-15	4164	DTS DEPARTAMENTO DE SANTANDER

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).

MAPFRE | COLOMBIA

POLIZA

RC PROFESIONAL MEDICOS INDIVIDUALES

INICIACION
ORIGINAL
Ref. de Pago: 31556761430

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO	POLIZA	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
272 732	1203222000276	0	1	SANTA MARTA	CARRERA 4 NO. 24 - 72 LOCAL 2 Y 3	SANTA MARTA

TOMADOR	CASTRO FLOREZ GLORIA			**NIT / C.C.**	63471302
DIRECCION	KR 62 #30-110	**CIUDAD**	SANTA MARTA	**TELEFONO**	
ASEGURADO	CASTRO FLOREZ GLORIA			**NIT / C.C.**	63471302
DIRECCION	KR 62 #30-110	**CIUDAD**	SANTA MARTA	**TELEFONO**	
ASEGURADO	N.D.			**NIT / C.C.**	N.D.
DIRECCION	N.D.	**CIUDAD**	N.D.	**TELEFONO**	
BENEFICIARIO	CUALQUIER TERCERO AFECTADO			**NIT / C.C.**	N.D.
DIRECCION	N.D.	**CIUDAD**	N.D.	**TELEFONO**	N.D.

INFORMACION DE LA POLIZA

FECHA DE EXPEDICION		
DIA	MES	AÑO
16	12	2022

VIGENCIA POLIZA	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
INICIACION	00:00	15	12	2022	365
TERMINACION	00:00	15	12	2023	

VIGENCIA CERTIFICADO	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
INICIACION	00:00	15	12	2022	365
TERMINACION	00:00	15	12	2023	

PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
REYES VILLAMIZAR OSWALDO ENRIQUE	AGENTE INDEPENDIENTE	96287	4305080	100,00

ACTIVIDAD	:	MEDICINA GENERAL
ESPECIALIDAD	:	MEDICINA GENERAL
DIRECCION DEL RIESGO	:	
DEPARTAMENTO	:	MAGDALENA
CIUDAD	:	SANTA MARTA

(415)7707289180029(8020)031556761430(3900)0000213956(96)20221215

COBERTURAS		VALOR ASEGURADO		DEDUCIBLE
R.C. actos medicos - Medicos	$ 250.000.000,00	$	250.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Gastos de defensa	$ 100.000.000,00	$	100.000.000,00	10 % PERD
Responsabilidad Civil acto m. aux o dependiente	$ 250.000.000,00	$	250.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Asistencia medica emergencia	$ 250.000.000,00	$	250.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)

SE ANEXAN Condiciones Generales y Particulares: POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE LA SALUD,

Observaciones:

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE POLIZA, A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA MISMA, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIRA LA TERMINACION DE LA POLIZA Y DARA DERECHO MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICION DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS

TOTAL PRIMA NETA PESOS COLOMBIANOS	GASTOS DE EXPEDICION PESOS COLOMBIANOS	SUBTOTAL EN PESOS COLOMBIANOS	VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS PESOS COLOMBIANOS	TOTAL A PAGAR EN PESOS COLOMBIANOS
$ 169.795,00	$ 10.000,00	$ 179.795,00	$ 34.161,00	$ 213.956,00

CLAUSULA: POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE LA SALUD

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE LA SALUD

AMPAROS

R.C COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER ACTO MEDICO DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN SALUD DE LAS PERSONAS.

R.C. CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO

R.C. DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES (INCLUIDOS RIESGOS MORALES) SUBLIMITADO AL 50% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

GASTOS JUDICIALES SUBLIMITADO 40% DEL LIMITE ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA ESTE VALOR SE ENCUENTRA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO CONTRATADO Y NO EN EXCESO DE ÉSTE.

PLO (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES) EN EXCESO DE LA RC EXTRACONTRACTUAL. SUBLIMITADO AL 20% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

DEDUCIBLES:

BÁSICO:

VALORES ASEGURADOS DE $25.000.000 A $125.000.000: 10% MÍNIMO $ 500.000

VALORES ASEGURADOS DE $150.000.000 A $1.500.000.000: 10% MÍNIMO $ 1.000.000

NO OPERA PARA GASTOS MÉDICOS

PARA LAS COBERTURAS DE GASTOS JUDICIALES Y DAÑOS MORALES: DEDUCIBLE DEL 10%

NO SE OTORGA

- EXCLUSIÓN DE PANDEMIAS/EPIDEMIAS/ENFERMEDADES POR CORONAVIRUS.

- R.C. EXTRACONTRACTUAL.

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3/93.AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORRETENEDORES SEGÚN RESOLUCIÓN **5098** DE JUNIO **21** DE **2013**.
ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA | **TOMADOR**

RC PROFESIONAL MEDICOS INDIVIDUALES

INICIACION
ORIGINAL

Ref. de Pago: 31556761430

NO SE OTORGA

- EXCLUSIÓN DE PANDEMIAS/EPIDEMIAS/ENFERMEDADES POR CORONAVIRUS.

- R.C. EXTRACONTRACTUAL.

- BIENES BAJO CUIDADO TENENCIA Y CONTROL.

- RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE VALOR ASEGURADO.

- ERRORES E INEXACTITUDES DIFERENTES AL LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD.

- RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

- R.C PROFESIONAL DEL ÁREA O ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.

- LOS PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS Y DE CIRUGÍA PLÁSTICA SALVO QUE SE TRATE DE UNA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POR MALFORMACIONES CONGÉNITAS O EN CASO DE ACCIDENTE.

- PROVISIÓN DE SERVICIOS DE EMERGENCIA/URGENCIA DOMICILIARIOS

SE HACE CONSTAR QUE EL SOLICITANTE DE ESTE SEGURO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR ÍNTEGRAMENTE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE SE APLICARÁN EN LA PÓLIZA.

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA. LA SOLICITUD FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART. 1048. CÓDIGO DE COMERCIO).

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RETICENCIA Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1. SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO EN OTRO SENTIDO EN LA PRESENTE PÓLIZA, ESTE SEGURO EXCLUYE CUALQUIER PÉRDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMACIÓN, COSTE O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, DIRECTA O INDIRECTAMENTE CAUSADO POR, QUE SURJA DE, QUE RESULTE DE O DERIVADO DE O EN RELACIÓN CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL TEMOR O LA AMENAZA (YA SEA REAL O PERCIBIDA) DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE CON INDEPENDENCIA DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA DE MANERA SIMULTÁNEA O EN CUALQUIER OTRA SECUENCIA A ELLO.

2. TAL COMO SE UTILIZA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD TRANSMISIBLE TODA ENFERMEDAD QUE PUEDA SER TRANSMITIDA POR MEDIO DE CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE DESDE UN ORGANISMO CUALQUIERA A OTRO ORGANISMO, EN LA PRESENTE DEFINICIÓN:

2.1 LA SUSTANCIA O EL AGENTE INCLUYE, ENTRE OTROS, UN VIRUS, UNA BACTERIA, UN PARÁSITO U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACIÓN DE ESTOS, YA SEA QUE SE CONSIDEREN VIVOS O NO. Y

2.2 EL MÉTODO DE TRANSMISIÓN YA SEA DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYE, ENTRE OTROS, LA TRANSMISIÓN POR AIRE, LA TRANSMISIÓN POR FLUIDOS CORPORALES, LA TRANSMISIÓN DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE U OBJETO, SÓLIDO, LÍQUIDO O GAS O ENTRE ORGANISMOS. Y,

2.3 LA ENFERMEDAD, LA SUSTANCIA O EL AGENTE PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS A LA SALUD O AL BIENESTAR DE LAS PERSONAS O PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS, DETERIORO, PÉRDIDA DE VALOR, COMERCIABILIDAD O PÉRDIDA DE USO DE LOS BIENES.

- FIN DE LA POLIZA -

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3/93.AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORRETENEDORES SEGÚN RESOLUCIÓN **5098** DE JUNIO **21** DE **2013**.
ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR

CV-202207-MIVSG0021

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

GLORIA MARÍA CASTRO FLOREZ
C.C 63.471.302

ASISTIÓ Y APROBÓ

MANEJO INTEGRAL DE VIOLENCIA SEXUAL Y GÉNERO (CÓDIGO GRIS)

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. los días 18, 19 y 20 de julio de 2022, con una intensidad académica de 36 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **julio de 2024**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

CV-202207-BLS0032

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

GLORIA MARÍA CASTRO FLOREZ
C.C. 63.471.302

ASISTIÓ Y APROBÓ

CURSO TALLER DE B.L.S. (BASIC LIFE SUPPORT) TÉCNICAS DE REANIMACIÓN CARDIO CEREBRO PULMONAR NO INVASIVAS

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. los días 18, 19 y 20 de julio de 2022, con una intensidad académica de 48 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **julio de 2024**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

CV-202207-ACLS0019

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

GLORIA MARÍA CASTRO FLOREZ
C.C. 63.471.302

ASISTIÓ Y APROBÓ

CURSO TALLER DE A.C.L.S. (ADVANCED CIRCULATION LIFE SUPPORT) TÉCNICAS DE REANIMACIÓN CARDIO CEREBRO PULMONAR AVANZADA

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. los días 18, 19 y 20 de julio de 2022, con una intensidad académica de 48 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **julio de 2024**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

ACESS

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Otorga el presente certificado a

GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ

C.C. 63.471.302

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

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: 900223619-0

Reg. EN02298083-2020

CERTIFICA QUE:

GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ

C.C. N° 63471302

ASISTIÓ AL CURSO DE:

GESTION DEL DUELO

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DE 2015, LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2009 EN EL CAPITULO V NUMERAL 8 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE VEINTICUATRO (24) HORAS ACADEMICAS.

PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA, EL DIA 21 DE DICIEMBRE 2020.

MD FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
DIRECTOR CIENTIFICO ENTHA LTDA

MD JIMMY LARIOS ROSANIA
PRESIDENTE ACASS

CARLOS RAMREZ VALDERRAMA
GERENTE ENTHA LTDA

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.gce.life

CERTIFICA QUE:

GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ

C.C. 63,471,302

ASISTIO AL CURSO TALLER:

"DONACIÓN Y TRANSPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DÍA 08 DE SEPTIEMBRE DE 2020
DURACIÓN 40 HORAS
TEMARIO: CONCEPTOS DONACION Y TRANSPLANTES, ABORDAJES BIOETICOS Y LEGALES, PROTOCOLO NACIONAL PARA DONACION, DONACION Y TRANSPLANTES DE ORGANOS Y TEJIDOS.

LEY 1805 DEL 04 DE AGOSTO DEL 2016. DECRETO 2493 DEL 2004

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA

FECHA DE RENOVACION SEPTIEMBRE 2022

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA
RM No. 1020721546
INSTRUCTOR BLS-ACLS GC

grupocolombianodeemergencias@gmail.com
Grupo Colombiano de Emergencias
@Grupocolombiano

Lo Bueno del Grupo es Estar en EL...!
LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270
LINEA NACIONAL 3107451759

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: 900223619-0

Reg.EN02297740 -2020

CERTIFICA QUE:

GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ

C.C. N° 63471302

ASISTIO AL CURSO TALLER DE:

ATENCION A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DE 2015, LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2009 EN EL CAPITULO V NUMERAL 8 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE TREINTA (30) HORAS ACADEMICAS, BAJO LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS POR I.L.C.O.R., AMERICAN HEART ASSOCIATION Y EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL 2015-2020
Y SEGÚN LO EXIGIDO POR LA RESOLUCION 3100 DEL 25 DE NOVIEMBRE DEL 2019.

PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA ATLANTICO, EL DIA 15 DE DICIEMBRE 2020.

MD FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
DIRECTOR CIENTIFICO ENTHA LTDA

M.Sc. Dr. ISNIEL MUÑIZ PELÁEZ
INTENSI. EMERGENCIOL ANESTESIOLOGO

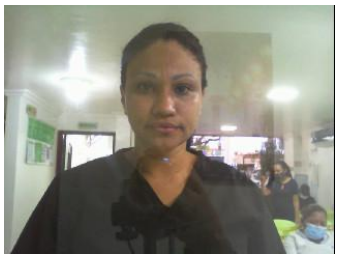
MD JIMMY LARIOS ROSANIA
PRESIDENTE ACASS

!DOCTYPE html PUBLIC "-//W3C//DTD XHTML 1.0 Transitional//EN" "http://www.w3.org/TR/xhtml1/DTD/xhtml1-transitional.dtd">

A.I.S.O.M. LTDA.
ASISTENCIA INTEGRALEN MEDICINA DE TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900260832 – 0

Certificado de Aptitud Laboral Ingreso

Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 10/Dic/2020, **Hora:** 07:45:49 a.m.
Apellido: Castro Florez **Nombre:** Gloria Maria
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 63471302
Empresa: Particular
Cargo: Medico
Lugar:
Direccion: Cra 66 N 48-100 Villa Italia
Telefono: **Celular:** 3167787928 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 74 Kg **Estatura:** 166 Cm **IMC:** 26.8 **Escolaridad:** Universitario **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Sanitas **ARL:** Positiva **AFP:** Colpensiones

HC: # 62034
Edad: 42 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 12/Ene/1978
Rh: A+

.

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular
Pausas Activas
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Uso De Tapabocas Permanente
.
Otras: Usar Equipos De Proteccion Para Covid 19/.

Observaciones

Mirta Nuñez Gutierrez
Md. Especialista En Medicina Del Trabajo Y Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 1725
Registro #: 386

Gloria Maria Castro Florez
CC 63471302

Huella Digital

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez Barreneche

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

891780185

CARRERA 14 #23-42

4346262

Año: 2022

N° Acuerdo: 347

Fecha: 01/04/2022

REGISTRO PRESUPUESTAL No. 1865

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE PRESUPUESTO

C E R T I F I C A

Certificado Disponibilidad No. 389

Tercero: 63471302-CASTRO FLOREZ GLORIA MARIA

QUE POR MEDIO DEL CUAL SE REGISTRA EN EL LIBRO DE PRESUPUESTO, LOS VALORES QUE SE RELACIONAN A CONTINUACION:

SERVICIO DE PERSONAL ASISTENCIAL DE ESTA ESE SEGUN OPS1818 DEL 01/04/2022

Valor: 20.000.000,00

VEINTE MILLONES (PESOS)

Rubro	Descripción	Lugar	Valor
2.1.2.02.02.009.02	Servicios Personales (Personal Asistencial)	ESE JULIO MENDEZ BARRENECHE	$20.000.000

Tipo de Contrato	Nro. Contrato	Fecha inicial	Fecha Final
PRESTACION DE SERVICIOS	1818		

LIDIA CENAIDA PEREZ CISNEROS

SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

KATIA GALEZZO GIL

PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESUPUESTO

Sistemas CitiSalud S.A.S

Elaborado por:ANDRES JESUS ARMANDO GAMEZ AND

Diana Consuelo López Pérez
Jefe de Oficina Asesora de Planeación

Proyecto: Ivana Galezo Flórez – P/E Planeación

HUJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez Barreneche

NIT: 891.780.185-2

Santa Marta, 29 de Marzo del 2022

Solicitud de CDP 389

Doctora

KATIA GALEZZO GIL

Profesional Universitario.

HUJMB.

Sírvase expedir Disponibilidad Presupuestal por concepto de: SERVICIO DE PERSONAL ASISTENCIAL DE ESTA ESE

Valor $ 7.321.223.000

LUIS OSCAR GALVES MATEUS

Agente Especial Interventor

Vo. Lidia Cenaida Perez Cisneros
Subgerente Admon Y financ.

Diana Consuelo López Pérez
Jefe de Oficina Asesora de Planeación

Proyecto: Ivana Galezo Flórez – P/E Planeación

ACTA DE INICIO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS: NO **1818** DEL 1 DE ABRIL DE 2022

CONTRATISTA: GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ

C.C. No. 63.471.302 EXPEDIDA EN BARRANCABERMEJA (SANTANDER)

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

VALOR: VEINTE MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 20.000.000).

PLAZO: EL PLAZO DE DURACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO SERÁ DESDE LA LEGALIZACIÓN (SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO) HASTA EL 31 DE JULIO DE 2022.

SUPERVISOR: SUBGERENCIA CIENTIFICA

EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA, DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA EN LA MISMA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIO QUE YA SE IDENTIFICO, NOS REUNIMOS EN LA SEDE DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y **GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ,** EN CALIDAD DE CONTRATISTA, CON EL OBJETO DE DEJAR CONSTANCIA DE LA INICIACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO.

EN CONSECUENCIA, SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO, EN LA MISMA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO, POR QUIENES EN ELLA INTERVINIERON UNA VEZ LEÍDA Y APROBADA EN DOS EJEMPLARES DEL MISMO TENOR.

VIGILADO Supersalud

EL CONTRATISTA

EL SUPERVISOR

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.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Gloria Maria.

Apellidos: Castro Florez.

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 63471302

Fecha de nacimiento: Día 12 Mes 01 Año 1978.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única	24/10/11	042N802A	Maicu
Fiebre Amarilla	Única	05/10/11	E5743	Kuter.
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	13/12/11	92872	Kuter
	2	13/05/11	E04082	Andrea
	3	17/09/11	E0409-3	Andrea
	4	03/12/11	E-409-4	Andrea
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	13/11/14	UVA09008	Bonda
	2	13/12/14	UVA09009	Bonda
	3	15/01/15	UVA09002	Bonda
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única	24/10/11	042N8022	Masc.
Fiebre Amarilla	Única	05/10/11	ES743	Kat.
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	13/07/11	92877	Kat.
	2	13/09/11	EU4082	And.
	3	17/09/11	EU409-3	And.
	4	03/12/11	EU409-4	And.
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	13/11/14	UVA09004	Bon.
	2	13/12/14	UVA09000	Bon.
	3	15/01/15	UVA09002	Bon.
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

FUNCIÓN PÚBLICA

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2022-12-13 17:39

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
GLORIA	MARIA	CASTRO	FLOREZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	63471302

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	BARRANCABERMEJA

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	HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento		Municipio	

Dirección	

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	$38.730.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$38.730.000,00

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
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$2.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 63471302		CASTRO FLOREZ GLORIA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	VILLA ITALIA CABAÑA # 7 KM 1	SANTA MARTA-MAGDALENA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-11	2022-11	1790700863	9443358731	I	2022/12/02	2022/12/05	BANCO DAVIVIENDA	3	$621,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS			PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0
1	CC 63471302	CASTRO GLORIA	25-14	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0	14-25	30	$2,000,000	$48,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2022/12/02 08:00 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 63471302		CASTRO FLOREZ GLORIA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	VILLA ITALIA CABAÑA # 7 KM 1	SANTA MARTA-MAGDALENA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-11	2022-11	1790700863	9443358731	I	2022/12/02	2022/12/05	BANCO DAVIVIENDA	3	$621,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$1,100	$0	$321,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$320,000	$1,100	$0	$321,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,800	$200	$0	$49,000
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$48,800	$200	$0	$49,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$900	$0	$250,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$250,000	$900	$0	$250,900
TOTAL				1	$618,800	$2,200	$0	$621,000

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	63471302
NOMBRES	GLORIA MARIA
APELLIDOS	CASTRO FLOREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	MAGDALENA
MUNICIPIO	SANTA MARTA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/11/2016	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 12/12/2022 02:28:33 | **Estación de origen:** 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

TOKEN : HUMB5001

NIT / COD HABILITACIÓN: 470010065001/891780185

PRESTADOR: ESSE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

PACIENTE : 63471302 | CC | Buscar | GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ | EPS - HABILITADO

EVENTOS

SIF

No existen eventos previos para este (paciente - código habilitación) por favor crear uno

OK

SERVICIOS

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **63471302,** se encuentra afiliado/a desde **07/02/2006** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 12 de diciembre de 2022.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ, identificada con Cédula Ciudadanía No. 63471302 contratista de la empresa HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, con Nit No. 891780185. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 01/08/2022, para el contrato registrado con fecha desde 01/08/2022 y fecha hasta 31/12/2022, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 3.

Recuerde que una vez cumplida la fecha indicada en el presente certificado, 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): 202201022182035.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Dada en Bogotá, a los 12 días del mes de diciembre de 2022

Cordialmente

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

Impreso por Internet el 12/12/2022 06:23:48 a. m.
ISCDC: 12/12/2022 06:23:48 a. m.

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos												Sexo	
GLORIA MARIA CASTRO FIOREZ												M	F X
Tipo de Documento							**Número**		**Expedida en**		**Fecha de Expedición**		
C.C. X	C.E	T.I	R.C	PP			63471302		BARRANCAJERMEJA		19-03-1996		
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														
Fecha nacimiento			**Lugar de Nacimiento**		**Direccion Domicilio**					**Municipio / Ciudad**			**Departamento**	
12	01	1978	B/BERMEJA		CRA 62 N. 30-110 VILLA ITALIA					SANTA MARTA			MAGDALENA	
Correo Electrónico										**No. Celular**			**Telefono**	
gloriamariacastro78@gmail.com										3167787928				
Ocupación (Seleccione)										**Actividad Principal CIIU**				
Estudiante		Independiente		Empleado		Hogar		Jubilado		8610				
Detalle Actividad Económica									**Descripción del CIIU**					
ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS									ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS CON INTERNACION					

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	
HUJMB	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	
Dirección de empresa o negocio				**Ciudad**		**Barrio**		**No. Teléfono**
CRA 14 N. 23-4				SANTA MARTA		ALCAZARES		4346262
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?							**SI**	**NO**

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	4.485.000			**Total Egresos mensules**	4.485.000
Otros Ingresos Mensuales				**Otros Egresos Mensuales**	
Total Activos				**Total Pasivos**	
Mes y año de corte de la información financiera suministra	**Mes** 12	**Año** 2022		**Es declarante?**	SI X NO

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:

HONORARIOS MEDICOS

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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

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

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



5. FIRMA Y HUELLA

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

_____

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento