

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
**CEDULA DE CIUDADANIA**

NUMERO **1.082.993.910**

**CHARRIS CURVELO**  
APELLIDOS

**MARIA FERNANDA**  
NOMBRES

*Maria Fernanda Curvelo*  
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 *Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2100100-00712473-F-1082993910-20150604 0044411740A 1 44155791

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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.1082993910 y Profesión **MEDICO GENERAL**, AUTORIZO que el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE **ESE (HJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HJMB con fines de contratación.

FIRMA:

| LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN: |                                                                                                                                                                                                                                                                          | SI | N/A |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| 1                                                                                | Estudio de Necesidad y Oportunidad                                                                                                                                                                                                                                       |    |     |
| 2                                                                                | Cedula de Ciudadanía                                                                                                                                                                                                                                                     | X  |     |
| 3                                                                                | Lista de Chequeo para Inducción de puesto de trabajo (Entregado Por el área de supervisión)                                                                                                                                                                              | X  |     |
| 4                                                                                | Registro Proveedores - Persona Natural (REGISTRARSE EN <a href="https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php">https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php</a> )                                                                                             | X  |     |
| 5                                                                                | Propuesta de Servicios                                                                                                                                                                                                                                                   | X  |     |
| 6                                                                                | Certificado antecedentes Procuraduría (fecha vigente — no superior a 30 días)                                                                                                                                                                                            | X  |     |
| 7                                                                                | Certificado antecedentes Contraloría (fecha vigente — no superior a 30 días)                                                                                                                                                                                             | X  |     |
| 8                                                                                | Certificado antecedentes Policía Nacional (fecha vigente — no superior a 30 días)                                                                                                                                                                                        | X  |     |
| 9                                                                                | Certificados antecedentes del sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia (fecha vigente — no superior a 30 días)                                                                                                           | X  |     |
| 10                                                                               | Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)                                                                                                                                                                                                                             |    | X   |
| 11                                                                               | Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)                                                                                                                                                                                                                 |    | X   |
| 12                                                                               | RUT - Registro Único Tributario                                                                                                                                                                                                                                          | X  |     |
| 13                                                                               | Hoja de Vida — Función publica                                                                                                                                                                                                                                           | X  |     |
| 14                                                                               | Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)                                                                                                                                                                   | X  |     |
| 15                                                                               | Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (fecha vigente – MES actual).                                                                                                                                               | X  |     |
| 16                                                                               | Convalidación de Título (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                                                                               | Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico -- PALS (Pediatras) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).                                                                                                                                                                        | X  |     |
| 25                                                                               | Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — NALS (Neonatólogo) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).                                                                                                                                                                |    | X   |
| 26                                                                               | Certificado de Curso en UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)                                                                                                                                                      |    | X   |
| 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.                                                                                       | X  |     |
| 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)                                                                                         | X  |     |
| 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.                                                               | X  |     |
| 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).                                                                  |    | 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 ( <a href="https://www.funcionpublica.gov.co/funcionpublica/login/auth">https://www.funcionpublica.gov.co/funcionpublica/login/auth</a> )                        | 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 - <a href="https://hujmb.gov.co/wp-content/uploads/proveedores/FINC4F%20FORMATO-VINCULACION%20PERSONA%20NATURAL.xlsx">https://hujmb.gov.co/wp-content/uploads/proveedores/FINC4F%20FORMATO-VINCULACION%20PERSONA%20NATURAL.xlsx</a> | 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: \_\_\_\_\_



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      |

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---------------|-----------------|------------------|---------------|----------------|--------------------------|
| 2 | 1082993910    | CHARRIS         | CURVELO          | MARIA         | FERNANDA       | 2022-12-11, 7:22 pm      |

Santa Marta, Febrero 2023

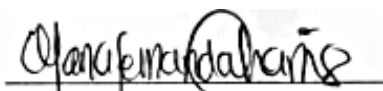
Señores (as)

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,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'María Fernanda Churris Cúvelo', written over a horizontal line.

María Fernanda Churris Cúvelo  
Médico General  
1082993910



# *Tribunal Nacional de Ética Médica*

*Ley 23 / 81 - Artículo 63*

**C108299391000111114**

**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/](http://www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/)

**“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”**

Dada en Bogotá, D. C., el miércoles 08 febrero 2023 a solicitud del(a) interesado(a).

  
**BERNARDO ADOLFO ROBLEDO RIAGA**  
Presidente



*Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7440583-(601)6279975 Bogotá D. C.*

*E - Mail [antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org](mailto:antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org), [www.tribunalnacionaldeeticamedica.org](http://www.tribunalnacionaldeeticamedica.org)*

*[antecedentestribunal@outlook.com](mailto:antecedentestribunal@outlook.com)*



|                                                                                                                                                                |     |            |     |     |     |       |     |                         |    |          |                                                        |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------|-----|-----|-----|-------|-----|-------------------------|----|----------|--------------------------------------------------------|--|--|
| <b>EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA</b>                                                                                                                                |     |            |     |     |     |       |     |                         |    |          |                                                        |  |  |
| 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 ) |     |            |     |     |     |       |     |                         |    |          |                                                        |  |  |
| <b>EDUCACIÓN BÁSICA</b>                                                                                                                                        |     |            |     |     |     |       |     |                         |    |          |                                                        |  |  |
| PRIMARIA                                                                                                                                                       |     | SECUNDARIA |     |     |     | MEDIA |     | <b>TÍTULO OBTENIDO:</b> |    |          |                                                        |  |  |
| 1o.                                                                                                                                                            | 2o. | 3o.        | 4o. | 5o. | 6o. | 7o.   | 8o. | 9o.                     | 10 | <b>X</b> | FECHA DE GRADO<br>MES    1   2      AÑO    2   0   1 1 |  |  |

|                                                                                                |  |  |                                  |  |  |                                        |  |  |                            |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------|--|--|----------------------------------------|--|--|----------------------------|--|--|
| <b>EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)</b>                                               |  |  |                                  |  |  |                                        |  |  |                            |  |  |
| DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:           |  |  |                                  |  |  |                                        |  |  |                            |  |  |
| <b>TC</b> (TÉCNICA),                                                                           |  |  | <b>TL</b> (TECNOLÓGICA),         |  |  | <b>TE</b> (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), |  |  | <b>UN</b> (UNIVERSITARIA), |  |  |
| <b>ES</b> (ESPECIALIZACIÓN),                                                                   |  |  | <b>MG</b> (MAESTRÍA O MAGISTER), |  |  | <b>DOC</b> (DOCTORADO O PHD),          |  |  |                            |  |  |
| RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY). |  |  |                                  |  |  |                                        |  |  |                            |  |  |

| MODALIDAD ACADÉMICA | No.SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS<br>O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN |     |   |   |   | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---------------------|------------------------|----------|----|---------------------------------------------|-------------|-----|---|---|---|----------------------------|
|                     |                        | SI       | NO |                                             | MES         | AÑO |   |   |   |                            |
| UN                  | 12                     | X        |    | MEDICO                                      | 06          | 2   | 0 | 2 | 0 | 1082993910                 |
|                     |                        |          |    |                                             |             |     |   |   |   |                            |
|                     |                        |          |    |                                             |             |     |   |   |   |                            |
|                     |                        |          |    |                                             |             |     |   |   |   |                            |
|                     |                        |          |    |                                             |             |     |   |   |   |                            |
|                     |                        |          |    |                                             |             |     |   |   |   |                            |

|                         |               |                 |   |    |               |   |    |                   |   |    |                        |
|-------------------------|---------------|-----------------|---|----|---------------|---|----|-------------------|---|----|------------------------|
| ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS | <b>IDIOMA</b> | <b>LO HABLA</b> |   |    | <b>LO LEE</b> |   |    | <b>LO ESCRIBE</b> |   |    | <b>) MUY BIEN (MB)</b> |
|                         |               | R               | B | MB | R             | B | MB | R                 | B | MB |                        |
|                         | <b>INGLES</b> | 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<br>ESE HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE                                                             | PÚBLICA<br>X                                                | PRIVADA                                                          | PAÍS<br>COLOMBIA |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                                                                             | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                                    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>notificacionesjudiciales@hujmb.com |                  |
| TELÉFONOS<br>4365007                                                                                                  | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 01 MES 01 AÑO 21 01 21              | FECHA DE RETIRO<br>DÍA MES AÑO                                   |                  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL DE HOSPITALIZACION                                                          | DEPENDENCIA<br>HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA             | DIRECCIÓN<br>Cra. 14# 23-42                                      |                  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                            |                                                             |                                                                  |                  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND                                                                  | PÚBLICA<br>X                                                | PRIVADA                                                          | PAÍS<br>COLOMBIA |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                                                                             | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                                    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>correoeese@esealprorev.gov.co      |                  |
| TELÉFONOS<br>4237009                                                                                                  | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 01 MES 09 AÑO 21 01 21              | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 30 MES 08 AÑO 21 01 21                    |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>MEDICO GENERAL                                                                                    | DEPENDENCIA<br>CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS, HOSPITALIZACION | DIRECCIÓN<br>Avenida del Libertador N° 25-67                     |                  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                            |                                                             |                                                                  |                  |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                     | PÚBLICA                                                     | PRIVADA                                                          | PAÍS             |
| DEPARTAMENTO                                                                                                          | MUNICIPIO                                                   | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                       |                  |
| TELÉFONOS                                                                                                             | FECHA DE INGRESO<br>DÍA MES AÑO                             | FECHA DE RETIRO<br>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<br>DÍA MES AÑO                             | FECHA DE RETIRO<br>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            | 2                     | 3     |
| EMPLEADO SECTOR PRIVADO     |                       |       |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    |                       |       |
| TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA | 2                     | 3     |

**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 INCOM- PATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTA-CIÓN 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.



*R. de Delvalle*  
Rioscos de Delvalle  
Rectora



*Denis C. de Calvo*  
Secretaría  
Denis Castrillón de Calvo  
Secretaria



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.



# COLEGIO "EL DIVINO NIÑO"

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



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



*Denis Castrillón de Calvo*  
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.

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 N° 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/vj/GFOR-TRES-SOAK-OF10-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



**UNIVERSIDAD LIBRE**  
Vigilada Mineducación



RESOLUCIÓN n.º 16892 AGOSTO 22 DE 2016 (4 AÑOS)

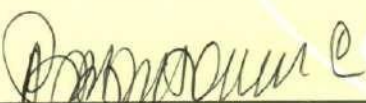
NIT.: 860.013.798-5

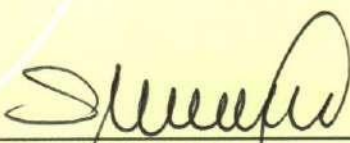
Acta de Grado No. **7851**  
Folio No. **1251**

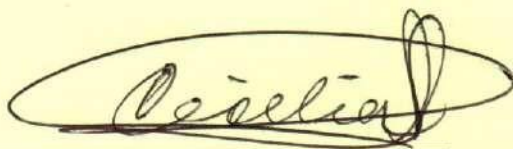
En el aula máxima de la Universidad Libre Seccional Barranquilla, siendo las 4:00 pm del día 19 del mes junio del año 2020, se reunieron los Doctores BEATRIZ HORTENCIA TOVAR CARRASQUILLA, Rector Seccional, SALVADOR ANTONIO RADA JIMENEZ, Decano Facultad de Ciencias de la Salud de la misma Facultad; con 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)

Sede Km. 7 Vía Antigua Puerto Colombia - Sede Cra. 46 No 48 - 170 - PBX: 3851057

Barranquilla D.E.I. y P. - Colombia

[www.unilibrebaq.edu.co](http://www.unilibrebaq.edu.co)



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.idecs.com

Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolver al colegio médico colombiano Av. Carrera 15 # 100-43 Oficina 501 - Edificio Avenida 15 P.H.  
[info@colegiomedico colombiano.org](mailto:info@colegiomedico colombiano.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               | <a href="#">Ver</a> |

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](http://www.chubb.com/co)

BOGOTÁ D.C., 30 de marzo de 2022



MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO  
CALLE 24A 2 - 47  
SANTA MARTA Magdalena

REF: CO RCM - PROMEDICO ZONA 3 - DEMAS CIUDADES

Respetado(a) Señor(a) MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO

La compañía de Seguros Chubb Seguros Colombia S.A., le damos la bienvenida y le informamos que nos complace tenerlo como nuestro asegurado; nosotros trabajaremos en pro de ofrecer el mejor servicio para que usted sienta siempre el respaldo de nuestras compañías a su lado.

Este plan de CO RCM - PROMEDICO ZONA 3 - DEMAS CIUDADES único, se encuentra respaldado por el profesionalismo, experiencia y solidez de Chubb Seguros Colombia S.A., ofreciéndole cobertura 24 horas al día, durante todo el año.

Adjunto encontrará su certificado individual de seguro, así como el clausulado en el cual se detallan los términos, condiciones y exclusiones por los cuales se rige su póliza, documentos que le recomendamos revisar con detenimiento y conservar en un lugar seguro junto con sus documentos personales de importancia.

Si usted desea información adicional sobre su plan, puede comunicarse con nuestra unidad de atención al cliente, a través de las líneas: Línea gratuita Nacional 01 8000 917 500 o en Bogotá 601 319 04 02 donde con gusto le atenderemos.

Para Chubb Seguros Colombia S.A. es un placer contar con usted como asegurado.

Reciba un cordial saludo,

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

**Certificado Individual de Seguro No. 00087CO00007482**
**Póliza Matriz N° 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |                                                          |                                                                                                                                                     |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |                                                          |                                                                                                                                                     |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                    |                                                          |                                                                                                                                                     |
| El Asegurado deberá estar debidamente registrado bajo las leyes colombianas y su licencia profesional tiene que estar vigente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |                                                          |                                                                                                                                                     |
| 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 <b>\$100.000.000 a \$600.000.000: 5%</b> de todo y cada reclamo, con un mínimo de COP <b>\$1.000.000</b> por todo y cada reclamo.    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                                                          | Para límite de <b>\$800.000.000 y \$1.000.000.000: 10%</b> de todo y cada reclamo, con un mínimo de COP <b>\$1.500.000</b> 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Sublímite |
| 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%      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 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](http://www.chubbseguros.com.co), clausulado RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD 31/08/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160114 0001 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 0001 31-08-2020-1305-NT-06-P&CNTCHUBBSEG054, EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS NI GASTOS LEGALES DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN PORRESPONSABILIDAD 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.™

**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**



EDUCACION PARA EL TRABAJO  
LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO 1630/2019

VERSION/02/30/12/21

## ASESORIAS EDUCATIVAS DE COLOMBIA “ASESORAMB”

En cumplimiento del Artículo 43 de la ley 115 del 1994

Y la licencia de funcionamiento 1630 Y 1596 de secretaria de educación distrital de Santa Marta

**Certifica que**

**MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO**

**CON C.C 1.082.993.910**

**PARTICIPO ACTIVAMENTE EN EL CURSO**

**ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL**

**CON UNA INTENSIDAD DE 80 HORAS**

**se realizó en modalidad virtual y presencial**

**En constancia de lo anterior es firmado en Santa Marta 10 de diciembre del 2022**

*OSCAR PEDROZA OSPINA*

**DIRECTOR ASESORAMB**



ACTUALIZACIONES EN SALUD ASESORAMB-2022



EDUCACION PARA EL TRABAJO  
LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO 1630/2019

VERSION/02/30/12/21

## ASESORIAS EDUCATIVAS DE COLOMBIA “ASESORAMB”

En cumplimiento del Artículo 43 de la ley 115 del 1994

Y la licencia de funcionamiento 1630 Y 1596 de secretaria de educación distrital de Santa Marta

Certifica que

**MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO**

CON C.C 1.082.993.910

PARTICIPO ACTIVAMENTE EN EL CURSO

**REANIMACION CARDIO PULMONAR RCP- BASICO**

CON UNA INTENSIDAD DE 80 HORAS

El curso se realizó utilizando los lineamientos establecidos por la American Heart Association y se realizó en modalidad virtual

En constancia de lo anterior es firmado en Santa Marta 5 de diciembre del 2022

*OSCAR PEDROZA OSPINA*

DIRECTOR ASESORAMB



ACTUALIZACIONES EN SALUD ASESORAMB-2022



EDUCACION PARA EL TRABAJO  
LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO 1630/2019

VERSION/02/30/12/21

## ASESORIAS EDUCATIVAS DE COLOMBIA “ASESORAMB”

En cumplimiento del Artículo 43 de la ley 115 del 1994

Y la licencia de funcionamiento 1630 Y 1596 de secretaria de educación distrital de Santa Marta

Certifica que

**MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO**

CON C.C 1.082.993.910

PARTICIPO ACTIVAMENTE EN EL CURSO

**REANIMACION CARDIO PULMONAR RCP- AVANZADO**

CON UNA INTENSIDAD DE 80 HORAS

El curso se realizó utilizando los lineamientos establecidos por la American Heart Association y se realizó en modalidad virtual

En constancia de lo anterior es firmado en Santa Marta 5 de diciembre del 2022

*OSCAR PEDROZA OSPINA*

DIRECTOR ASESORAMB



ACTUALIZACIONES EN SALUD ASESORAMB-2022



## 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 ACCESS SANTA MARTA

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



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 ACCESS

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

☎ 318 5954676 / 420 8583

✉ info@access.com.co

www.access.com.co



www.acess.com.co

## 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 ACCESS SANTA MARTA

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

|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                         |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|                                                                                                                     | <b>SALUD, SEGURIDAD &amp; AMBIENTE</b><br><b>Dr. SIGIFREDO QUINTERO ARGOTE</b><br>Nit. 17973720-1                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                         |                       |
|                                                                                                                                                                                                     | <b>CONCEPTO MEDICO LABORAL (CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL)</b>                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                         |                       |
| <b>TIPO DE EXAMEN</b>                                                                                                                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> 1 Ingreso <input type="checkbox"/> 2 Reubicación <input type="checkbox"/> 3. Periodicos <input type="checkbox"/> 4. Retiro       |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                         |                       |
| <b>NOMBRE Y APELLIDOS:</b> MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                      | <b>CEDULA</b><br>1.082.993.910                                                                                                                                                                                                                  | <b>FECHA</b><br>28 / 8 / 2020<br><small>DIA    MES    AÑO</small>                                                                       |                       |
| <b>EMPRESA:</b> ESE ALEJANDRO PROSPERO REVERE                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                      | <b>CARGO:</b> MEDICO GENERAL                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                         | <b>HC:</b> 1082993910 |
| <b>Resultado del examen:</b><br>(Marque solo uno)                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                         |                       |
| IMPRESION DIAGNOSTICA                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                         |                       |
| 1. APTO SIN RESTRICCIONES Y/O RECOMENDACIONES. <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                  |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                         |                       |
|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                         |                       |
|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                         |                       |
| <b>Protección personal:</b> <input type="checkbox"/> CS <input type="checkbox"/> BT <input type="checkbox"/> P.A. <input checked="" type="checkbox"/> P.R. <input checked="" type="checkbox"/> P.V. |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                         |                       |
| <b>Comentario:</b>                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                         |                       |
|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                         |                       |
| R/ VALORACION Y SEGUIMIENTO ANUAL CON EXAMENES PERIODICOS. <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                         |                       |
|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                         |                       |
| <b>Exámenes paraclínicos y complementarios:</b>                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                         |                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> EX. OSTEOMUSCULAR<br><input type="checkbox"/> PSICOLOGIA LABORAL<br><input type="checkbox"/> EKG,<br><input type="checkbox"/> Hemograma                         | <input type="checkbox"/> Parcial de orina<br><small>(incluye glucosaria)</small><br><input type="checkbox"/> RH Grupo, BK<br><input type="checkbox"/> VDRL, Glicemia | <input type="checkbox"/> Visiometría<br><input type="checkbox"/> Audiometría, Foniatr<br><input type="checkbox"/> Espirometría                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Perfil lipídico<br><input type="checkbox"/> Frotis NF, KOH uñas.<br><input type="checkbox"/> Trabajo en altura |                       |
| <b>Vacunas</b>                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                         |                       |
| F-Amarilla <input checked="" type="checkbox"/> Tetano <input checked="" type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/>                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                         |                       |
| <b>DR. SIGIFREDO QUINTERO ARGOTE</b><br>R.M. RM. 0710 LSO. 0109 SSA                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                      | <b>FIRMA DEL TRABAJADOR</b><br>C.C.:                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                         |                       |
| <b>FIRMA DEL MEDICO</b>                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                      | 1 - Apto: Aceptado para su trabajo, SIN RESTRCCIONES<br>2 - Apto con restricción: Con patologías que no limitan su trabajo<br>3 - CON RESTRICCION: No se recomienda por tener una patologia que lo limita o se agrava con el trabajo a realizar |                                                                                                                                         |                       |
| C.C. Carpeta de Trabajador                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                      | CS: Casco                      PR: Protector respiratorio<br>BT: Botas                      PV: Protector visual<br>PA: Protector auditivo                                                                                                      |                                                                                                                                         |                       |

# CARNET DE VACUNACIÓN



CENTRO DE VACUNAS

*Medical Care*

Cuidados médicos para tu vida

No. **1146**

*Por un mundo  
sin contagios...*

Nombre:

*María F. Harris Cuervo*

D.I.:

*1082 993 910*

TEL/CEL:

*312 703 2213*

LOT/MFD/EXP:

AHBVC711AF

11-2017

10-2020

1 dos.

**Engerix™ - B 20**

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

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

| 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 | AHBUC |               |
|                       |           | 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                 |           |        |                  |    |    |       |               |
|                       |           |        |                  |    |    |       |               |
|                       |           |        |                  |    |    |       |               |

| Biológico             | Dosis | Fecha    | Fabricante y Lote | Firma                                                                              |
|-----------------------|-------|----------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Sarampión<br>Rubéola  | Única | 26-02/19 | 012841411         |  |
| Fiebre<br>amarilla    | Única | 18-09/15 | 15046             |                                                                                    |
| Toxoide<br>Tetánico   | 2     | 26-02/19 | 275020613         |                                                                                    |
| Diftérico             | 2     | 18-09/15 | 2222              |                                                                                    |
| (Td)                  | 3     |          |                   |                                                                                    |
|                       | 4     |          |                   |                                                                                    |
|                       | 5     |          |                   |                                                                                    |
| Contra<br>Hepatitis B | 1     |          |                   |                                                                                    |
|                       | 2     |          |                   |                                                                                    |
|                       | 3     |          |                   |                                                                                    |

| Biológico      | Dosis       | Fecha    | Fabricante y Lote | Firma       |
|----------------|-------------|----------|-------------------|-------------|
| VPH            | 1           | 06/10/15 | 6891              | SB.         |
|                | 2           |          |                   |             |
|                | 3           |          |                   |             |
| Anti<br>rábica | 1           |          |                   |             |
|                | 2           |          |                   |             |
|                | 3           |          |                   |             |
|                | 4           |          |                   |             |
|                | 5           |          |                   |             |
| Influenza      | Anual       | 18-09-15 | 15046.            | Luz Varga   |
| Otras          | Amplaz      | 30-4-19  | TJA93             |             |
|                | Hepatitis A | 29/05/19 | AAHBB35A          |             |
|                | Hepatitis B | 29/05/19 | U6109AE           | Chica Lopez |

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:

Apellidos:

Documento  
de identidad:

C.C.

T.I.

Pasaporte

No.

Fecha de  
Nacimiento:

Día

Mes

Año

*María Fernanda*  
*Charris Corvelo*  
*C.C.* *1082993910*  
*15* *12* *1994*

Tipo de declaración  Fecha de publicación 

|                               |                |                 |                  |
|-------------------------------|----------------|-----------------|------------------|
| Nombres y apellidos completos |                |                 |                  |
| Primer nombre                 | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| MARIA                         | FERNANDA       | CHARRIS         | CURVELO          |

|                                                        |                                                |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Documento de identificación                            |                                                |
| Tipo <input type="text" value="CEDULA DE CIUDADANIA"/> | Número <input type="text" value="1082993910"/> |

|                                            |                                                      |                                               |  |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--|
| Lugar de nacimiento                        |                                                      |                                               |  |
| País <input type="text" value="COLOMBIA"/> | Departamento <input type="text" value="LA GUAJIRA"/> | Municipio <input type="text" value="MAICAO"/> |  |

|                                            |                                                     |                                                    |  |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--|
| Lugar de domicilio                         |                                                     |                                                    |  |
| País <input type="text" value="COLOMBIA"/> | Departamento <input type="text" value="MAGDALENA"/> | Municipio <input type="text" value="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 | <input type="text" value="ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE"/> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|

|                                            |                                                     |                                                    |  |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--|
| Lugar de sede                              |                                                     |                                                    |  |
| País <input type="text" value="COLOMBIA"/> | Departamento <input type="text" value="MAGDALENA"/> | Municipio <input type="text" value="SANTA MARTA"/> |  |

|           |                                                                                 |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Dirección | <input 14="" 23-42="" alcazares"]"="" carrera="" no.="" type="text" value="["/> |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------|

|                            |                                          |
|----------------------------|------------------------------------------|
| Cargo o función que cumple | <input type="text" value="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 ☒

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

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

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones:      Sí ☐      No ☒

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

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

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

Tengo actividades económicas privadas:      Sí ☐      No ☒

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

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

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente:      Sí ☐      No ☒

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

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

Tipo documento

Número

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

|  |
|--|
|  |
|--|

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

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño:

Sí

☐

No

☒

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

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

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

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

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí

☐

No

☒

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

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior:

Sí

☐

No

☒

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

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

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior:      Sí ☐      No ☒

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

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

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

Realicé donaciones:      Sí ☐      No ☒

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

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

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés:      Sí ☐      No ☒

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

|  |
|--|
|  |
|--|

CE-006 - 0000000100 – 2023

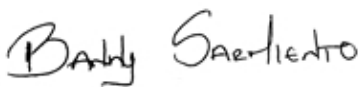
## **CERTIFICA**

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 Con Contrato De  |
| 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 08 días del mes de febrero del año 2023.

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 08 de febrero de 2023.

Cordialmente,

  
**Laura Patricia Merchan Metaute**  
Equipo Gestión de Operaciones.

**\*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](http://www.proteccion.com)

2023020813364

**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 01/01/2023 y fecha fin de contrato 31/12/2022 con riesgo 3.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co) y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301012227716.

Esta certificación se expide a los 08 días del mes de Febrero de 2023.

Cordialmente

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



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

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol PositivaColombia



**El emprendimiento  
es de todos**

**Ministerio de Salud**

Impreso por Internet el 08/02/2023 1:43:20 p. m.  
#SCDC: 08/02/2023 1:43:20 p. m.

**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 MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO

Sexo

M F X

Tipo de Documento

Número

Expedida en

Fecha de Expedición

C.C.

X

C.E.

T.I.

R.C.

PP

1082993910

SANTA MARTA

16/01/2013

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

Dirección Domicilio

Municipio / Ciudad

Departamento

15

12

1994

MAICAO- LA GUAJIRA

CALLE 23 #20 A 23

SANTA MARTA

MAGDALENA

Correo Electrónico

No. Celular

Telefono

MARIAFDACHARRIS@GMAIL.COM /

3127032213

Ocupación (Seleccione)

Actividad Principal CIU

Estudiante

Independiente

Empleado

X

Hogar

Jubilado

Detalle Actividad Económica

Descripción del CIU

**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 MB

Publica

X

Privada

Mixta

Otra, cual?

Dirección de empresa o negocio

Ciudad

Barrio

No. Teléfono

CARRERA 14 NO 23-42

SANTA MARTA

ALCACERES

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 suministra

Mes NOVIEMBRE

Año

2022

Es declarante?

SI

NO

X

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

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

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

**4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES**

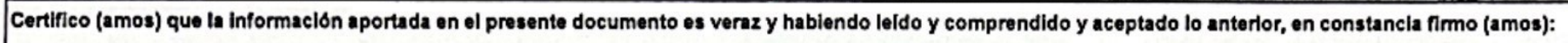
1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación:

y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectúe transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

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

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

### 5. FIRMA Y HUELLA



Powered by  CamScanner