HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	**LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL**	CODIGO: GJC16F VERSION: 05 FECHA DE ULTIMA REVISION: 1/06/2023 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE, Identificado con Cédula No. 4979083 y Profesión AUXILIAR DE ENFERMERIA **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: _____

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **4.979.083**

GRANADOS INFANTE

APELLIDOS

JAIME ALFONSO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-MAY-1965**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

29-MAY-1984 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00261430-M-0004979083-20101022 **0024**76420A 1 4430921853

Ingreso numero de identificacion

Verificar Registro

Ha buscado el número de identificación: **4979083**

Resultados encontrados:

#	No Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	primer nombre	segundo nombre	Fecha y Hora de Registro
1	4979083	GRANADOS	INFANTE	JAIME	ALFONSO	2022-07-19, 2:21 a.m.

#	No Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	primer nombre	segundo nombre	Fecha y Hora de Registro
2	4979083	GRANADOS	INFANTE	JAIME	ALFONSO	2022-12-14, 2:29 a.m.

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA DE BASE DE DATOS**	CODIGO: GJC18F VERSION: 01 FECHA DE ULTIMA REVISION: 02/06/2023 PAGINA 1 de 1

El(la) suscrito(a) JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE identificado con C.C./C.E./P.P No. 4979083 expedida en SANTA MARTA, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día _____ del mes de Junio de 2023.

Firma _____

Nombre JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE

Cédula 4979083

COPIA CONTROLADA

Recibidos (1.165) - rinconyar | Mi unidad - Google Drive | USUARIOS SECOP II - Hojas | (2) WhatsApp | Ver

secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=14001307&Messages=Datos%20del%20usuario%20guardados|Success

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 18:03:11

JAIME ALFONSO GR...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio → Configuraciones de Perfil

- Mis datos de usuario
- Noticias SECOP
- Mis registros
- Accesos del usuario
- Términos y condiciones de uso

Datos del usuario guardados

Editar

Información del usuario



Género	Hombre
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Título	Sr.
Nombre	JAIME ALFONSO
Apellidos	GRANADOS INFANTE
Fecha de Nacimiento	21/05/1965 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	4979083
Dirección	CARRERA 16A # 7 - 82
Código postal	
Estrato	2
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	JAIMEGRANADOS592@GMAIL.COM
Teléfono	
Celular	3044837070
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

Datos del usuario guardados

ESP 6:03 p. m. 6/06/2023

Santa Marta, 06 de junio de 2023

Señor,
GERENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE

Dr. GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA

Yo, **JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE,** identificado con cedula de ciudadanía **No. 4.979.083 de Santa Marta,** como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** con registro **No. 127 del Ministerio de Salud Pública,** con una experiencia laboral de 30 años en los servicios de Urgencias, Hospitalización y pediatría. Ofrezco mis servicios con sentido social y vocacional, siempre presto al trabajo en equipo y con la vigencia académica y preparación requerida.

Atentamente,



JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE
C.C. No. 4.979.083 de Santa Marta
Cel. 304 483 7070
E-mail. Jaimegranados592@gmail.com

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14635018386

(415)7707212489984(8020) 000001463501838 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4979083	8	Impuestos y Aduanas de Santa Marta: 19	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida: 2	Cédula de ciudadanía: 13	49790833	1984/05/29

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Magdalena: 47	Santa Marta: 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GRANADOS	INFANTE	JAIME	ALFONSO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA: 169	Magdalena: 47	Santa Marta: 001

41. Dirección principal: CR 16 A 7 82 BRR OBRERO

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
jaimegranados592@gmail.com		3045352279	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8699	2013/10/28					5132	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] — 60. No. de Folios: 0 — 61. Fecha: 2019/07/11

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

Firma del solicitante:

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

984. Nombre: GRANADOS INFANTE JAIME ALFONSO
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
Granados	Infante	Jaime Alfonso

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 4979083 | *SEXO*: F ( ) M (X) | *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) | *PAÍS*: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 21 MES 05 AÑO 1965

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 16A - 7 82 OBRERO

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO EMAIL jaimegranados592@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

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

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	*INSTITUCIÓN*	*MODALIDAD*	*CURSO*	*TERMINACION*	
				MES	*AÑO*

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

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

FORMATO COMPLETO

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 O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HUJMB			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	06	*Año*	2020	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PEDIATRIA						*DIRECCIÓN* CALLE23CRA14					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ACTIVOS (SALUDCOOP)			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6510777	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	04	*Año*	2000	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA URGENCIAS,HOSPITALIZACION						*DIRECCIÓN* AVENIDA - 24 107 AV LIBERTADOR					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES- EN LIQUIDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	1994	*Día*	20	*Mes*	02	*Año*	2000
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* URGENCIAS -- HOSPITALIZACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 4 - 26A 71					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*		*PRIVADA*		*PAÍS*					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*		*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*						*DIRECCIÓN*					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 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	5	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	18	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	26	11

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa marta 14 de junio 2023

Jaime Granados A

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

EL LICEO DEL CARIBE

SANTA MARTA - MAGDALENA

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, SEGUN RESOLUCION No. 1986 DEL 4 DE JULIO DE 1969

CONFIERE A

Jaime Alfonso Granados Infante

IDENTIFICADO CON C.C. No. 4.979.085 DE Santa Marta

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

RECTOR

SECRETARIO

DADO EN ..... A ..... DE ..... DE 19 ...

ANOTADO AL FOLIO 371 LIBRO DE REGISTRO No. REG. 15721

Nº 340160

SECRETARIO DE EDUCACION

EN SANTA MARTA A 7 DE ENERO DE 19 86

ACTA DE GRADO

EL LICEO DEL CARIBE

Inscripción S.E. 039 Abril/83

DANE 34700100989

Dirección Calle 11 Carrera 12A - Esquina Teléfono 32206

Jornada Completa

En la ciudad de Santa Marta a los Cuatro (4) días del mes de Diciembre del año 1985 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del LICEO DEL CARIBE

Institución aprobada hasta Undécimo Grado en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICA ,según Resolución No. 1986 del Cuatro de Julio de 19 69 . Resolución 2332 de Abril 5 de 1.974.-

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyo nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación: GRANADOS INFANTE JAIME ALFONSO C.C.No.4.979.083 de Santa Marta.

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 007 de fecha Diciembre 4 de 1.985 que consta de Cien (100) alumnos que comienza con el nombre de Abella Hernández Alfonso Victor y se cierra con el nombre de Villegas Peña José Luis ,firmado y sellado por Lic. Rafael F. Guerra (Rector) y Lic. Ayda Luz Sánchez Arrieta (Secretario).

Dada en Santa Marta a los 4 días del mes de Diciembre de 19 85

Firmado y Sellado

El Rector o Director
Lic. RAFAEL F. GUERRA
c.c. No. 4.969.738 de Sta Marta.

LICEO DEL CARIBE Secretaría Santa Marta

El Secretario
Lic. AYDA LUZ SANCHEZ ARRIETA
c.c. No. 33.190.928 de Magangué.

DIPLOMA No. 44

THOMAS DE LA RUE DE COLOMBIA S. A.

República de Colombia

Departamento del Magdalena

Escuela de Auxiliares de Enfermería "Gabriel Angulo" de Santa Marta

Secretaría de Salud del Magdalena

Certificado

Concedido a:

Jaime Alfonso Granados Infante

C. C. No. 4.979.083 de Sta. Mta.

Por haber cursado y aprobado el programa de Estudios Teórico Prácticos establecidos por el Ministerio de Salud, que lo capacitan para ejercer como "Auxiliar de Enfermería"

Aprobado por Resolución Número 2182 de Agosto 9 de 1.968

Decreto No. 816 de Diciembre 13 de 1949

Escuela de Auxiliares de Enfermería
"GABRIEL ANGULO" Santa Marta
Directora

Secretario de Salud del Magdalena

Servicio Seccional de Salud Magdalena
Reconózcase este Título para todos los efectos legales.
Santa Mta.
Resolución No.

SERVICIO DE SALUD DEL MAGD
Control de Medicamentos
Alimentos y Toxicología
JEFE

Escuela de Auxiliares de Enfermería
"GABRIEL ANGULO"
Secretaria de la Escuela
Secretaria Docente

Santa Marta, Agosto 30 1.991

CIDCCA

V Congreso Internacional de
Dolor de la Costa Caribe



Fundación Sanar Kinesis
Asociación Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación
Certifican que

JAIME ALFONZO GRANADOS INFANTE

Asistió al **V Congreso Internacional de Dolor de la Costa Caribe**, desarrollado durante los días 16, 17 y 18 de agosto de 2019 en el Estelar Santamar Hotel y Centro de Convenciones de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H., Colombia, en calidad de **Asistente**, con una intensidad de 19 horas y 75 Puntos RECEFYR.

Organiza

Kinesis
Un sistema de condición optima

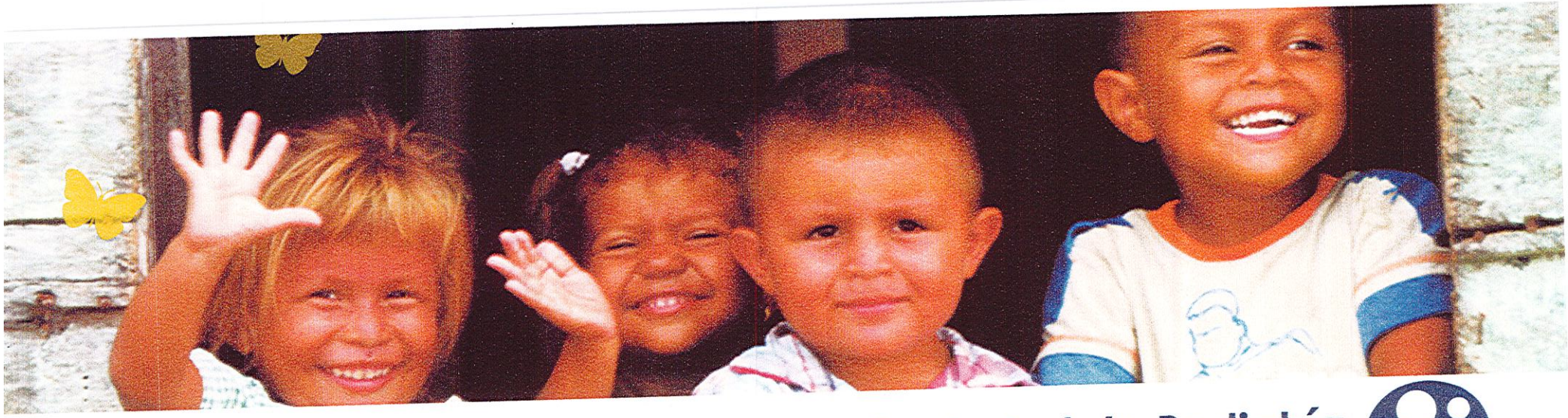
Aval

Asociación Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación

FCO. JAVIER MAZENETT GARRIDO
Director Científico
Fundación Sanar Kinesis

ENRIQUE A. ESTÉVEZ RIVERA
Presidente
ACMFR

CIDCCA



Sociedad de Pediatría del Magdalena

CERTIFICA QUE:

Jaime Granados Infante

ASISTIÓ AL

V Simposio Regional de Pediatría

EL NIÑO DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

4 Y 5 DE ABRIL DE 2014 – Santa Marta DTcH

Válido por 14 horas académicas

Monica Tovar Díaz
Presidente Sociedad de Pediatría del Magdalena

Ma. Teresa González
Secretaria Sociedad de Pediatría del Magdalena

Sociedad de Pediatría del Magdalena

GIPAT GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN INMUNOLOGÍA Y PATOLOGÍA MAGDALENA

I Simposio de Enfermedades Huérfanas

Universidad del Magdalena 1962

Grupo de Estudio de Enfermedades RARAS





CERTIFICA QUE:

JAIME GRANADOS INFANTE

ASISITIÓ EN CALIDAD DE:

PARTICIPANTE

al I Simposio de Enfermedades Huérfanas, realizado en Santa Marta
el dia 28 de Septiembre de 2019

Miryam Ruiz Frutos
Presidenta SCP Regional Magdalena

Karin Rondón Payares
Directora del Programa de Medicina
Universidad del Magdalena

Edelmira Noguera Benavides
Directora
I Simposio Enfermedades Huérfanas

SCP
Sociedad Colombiana de Pediatría

Simposio Regional de Pediatría

Homenaje al: Dr. Luis Mendoza

Sociedad de Pediatría del Magdalena

Universidad del Magdalena 1962

Certifica que:

Jaime Granados

Asistió en calidad de asistente al X Simposio Regional de Pediatría , del 5 al 6 de agosto de 2022 , Realizado en Santa Marta , Magdalena, Colombia.

40 Puntos Precep.

Liliam Macías Lara
Presidente
Sociedad de Pediatría Regional Magdalena

Dora Aldana.
Secretaria.

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA 1962

PROGRAMA DE MEDICINA

HJMB

HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez Barreneche E.S.E.

La Facultad de Ciencias de la Salud y el Programa de Medicina
Informan que:

JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE

Asistió en calidad de ASISTENTE a el **Simposio de actualización en Psiquiatría con enfoque en el paciente**. Realizado el día 20 y 21 de Mayo del 2022

Angela Veronica Romero C FCS

Dra. Ángela Romero
Decana FCS.

Dra. María Angélica Meñaca
Directora Medicina

Dra. Beatriz Caamaño
Psiquiatra HUJMB

E.S.E CENTRO DE REHABILITACIÓN Y DIAGNOSTICO "FERNANDO TROCONIS"

Certifica que:

JAIME GRANADO INFANTE

Asistió a la:

IV JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

Con una duración de 16 horas.

Neurociencias aplicadas en la práctica clínica.

Santa Marta los días 12 y 13 de agosto de 2005.

JUAN ELJADUE GUTIÉRREZ MD
Gerente

BEATRIZ H. CAAMAÑO LEÓN MD
Psiquiatra
Coordinadora del Evento

EL PROGRAMA DE ENFERMERIA

HACE RECONOCIMIENTO A:

Jaime Alfonso Granados Infante

C.C.49790083

por su participación en el:

I Seminario virtual de: **BIOSEGURIDAD EN TIEMPOS DE PANDEMIA**

Santa Marta, 25 de noviembre del 20202

CAROLINA ELENA CORTINA NAVARRO
Enf Esp.Gerencia y Auditoría.
MsE.
Ph.D en ciencias de la Educacion.

JULIETH KARINA BRITTO JIMENEZ
Enf. Esp Gerencia y Auditoria en salud.
Coordinadora de practicas.

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Una universidad + incluyente e innovadora PERIODO 2016 - 2020

CERTIFICADO de APROVECHAMIENTO

Hace constar que

Jaime Alfonso Grandos Infante

ha completado el curso

Seguridad del Paciente

junio 23, 2017

Calificación del Curso: 100,00

FEDERACION DIABETOLOGICA COLOMBIANA

ALAD
ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE DIABETES

Certifican que:

JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE

Participó en calidad de

ASISTENTE

en el

VI Congreso Colombiano de Diabetes y Congreso Región Centro ALAD

Realizado en Santa Marta, los días 11, 12, 13 y 14 de Agosto de 2011

Dr. Alejandro Díaz Bernier, MD
Presidente
Federación Diabetológica Colombiana

Dr. Iván Darío Sierra, MD
Presidente
Asociación Latinoamericana de Diabetes

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE

Con Cédula de Ciudadanía No. 4979083

Cursó y aprobó la acción de Formación

HUMANIZACION DE LA ATENCION EN SALUD

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Chia. a los veintitres (23) dias del mes de noviembre de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por

LEONORA BARRAGAN BEDOYA
Subdirector
CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

87137350 - 23/11/2022
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9513002657060CC4979083C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE

Con Cedula de Ciudadania No. 4979083

Cursó y aprobó la acción de Formación

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS.

con una duración de 60 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Santa Marta. al primer(1) dia del mes de octubre de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

JAIRO JOHN ABELLO CAMARGO
Subdirector (E)
CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

77620155 - 01/10/2021
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9529002382923CC4979083C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE

Con Cedula de Ciudadania No. 4979083

Cursó y aprobó la acción de Formación

MANEJO DE LA VACUNACION CONTRA EL COVID19 EN COLOMBIA

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Santa Marta. a los catorce (14) dias del mes de octubre de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

JAIRO JOHN ABELLO CAMARGO
Subdirector (E)
CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

78605980 - 14/10/2021
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9529002410690CC4979083C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE

Con Cedula de Ciudadania No. 4979083

Cursó y aprobó la acción de Formación

IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

con una duración de 50 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Santa Marta, al primer(1) día del mes de abril de dos mil veinte (2020)

Firmado Digitalmente por



EDUARDO JUNIOR ROBLES PANETTA
Subdirector
CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

66571560 - 01/04/2020
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9529002089127CC4979083C.

LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GENÉTICA HUMANA

OTORGA A:

Jaime Granados Infante

Con Documento de Identificación No. C.C. 4.979.083

EL PRESENTE CERTIFICADO POR ASISTENCIA DE 13 HORAS AL:

Simposio "Farmacología y genética intervenciones terapéuticas más seguras y eficaces" que se llevó a cabo los días 24 y 25 de noviembre de 2022 en la Ciudad de Santa Marta.

Dra. Carolina Rivera
Presidente A.C.G.H

25 DE NOVIEMBRE DE 2022

ACGH
Asociación Colombiana de Genética Humana

ACGH
GENCUENTRO
Simposio Internacional de Genética Humana

Servicio de Salud del Magdalena
ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA
GABRIEL ANGULO - SANTA MARTA
Calle 23 No. 12-90 - Teléfono 233275 - A.A. 538

5

Oficio No._____

A C T A No 44

En la ciudad de Santa Marta, a los 30 días del mes de Agosto de mil novecientos noventa y uno (1.991), a las 7:00 p.m., se llevó a cabo en la Sede del Hospital Central de esta ciudad, la clausura y entrega de certificados a 09 Auxiliares de Enfermería de la Escuela "Gabriel Angulo".

Fueron testigos de la certificación por parte de la Secretaría de Salud Departamental Dr. Carlos Retamoso Secretario de Salud Departamental, Dr. Ovidio Sandoval Coordinador técnico de la Secretaría de Salud, Dr. Francisco Insignares Coordinador de Odontología de la Secretaría de Salud, Lic. Marlene Fernández Coordinadora del Programa de Enfermería de la Secretaría de Salud Departamental.

En representación de la Escuela de Auxiliares de Enfermería: la Directora Lic. Martha Roca Leyva, Coordinadora de Programas de la Escuela Lic. Emira de Avendaño, Coordinadora de Educación Continuada Lic. Maria C. Benavides, Coordinadora de Promotoras de Salud Lic. Edith Soto, Coordinadora de Educación a Distancia Lic. Luvith Bolaño, Licenciadas Emilia de Henriquez, Judith de Alvarado, Nohora Rodriguez, Carmen de Sierra, Nutricionista Catica de Pérez, Ex-directora de la Escuela Lic. Paulina Giacometto, Sra. Carmen V. de Iguarán Secretaria de la Escuela.

En dicho acto recibió certificado que acredita como AUXILIAR DE ENFERMERIA, a JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE, identificado con C.C. #4.979.003 Santa Marta.

No siendo más se da por terminada la presente acta y se firma en Santa Marta a los treinta (30) días del mes de Agosto de mil novecientos noventa y uno (1.991).

Es fiel copia de su original.

MARTHA ROCA LEYVA
Directora
C.C. #36.542.313 Sta Mta

El Notario Segundo del Circulo de Santa Marta
DA FE que esta reproducción fotostática corresponde exáctamente al documento original que tuvo a la vista.
Rafael Olivella Guerrero
NOTARIO
Santa Marta (Magdalena)
JUN 1992

127

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

GOBERNACION

SECRETARIA DE SALUD

RESOLUCION NUMERO: 0160 DE 1.99

Por la cual se concede una Inscripción y Registro

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente de las conferidas en los Decretos leyes 056 de 1.975, 121 de 1.976 y la resolución 02085 de febrero de 1.989 y,

C O N S I D E R A N D O :

Que JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE, identificado con la cédula de ciudadanía **No.4.979.083 expedida en Santa** Marta, **ha solicitado el registro e inscripción de su certificado de** AUXILIAR DE ENFERMERIA, **que le otorgó la Escuela de Auxiliares de Enfermería** "GABRIEL ANGULO", de Santa Marta en fecha agosto 30 de 1.991.

R E S U E L V E :

ARTICULO UNICO : Regístrese e Inscríbase en la Oficina de Control de Medicamentos de la Secretaría de Salud Departamental, a JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE, **para poder ejercer la profesión de** AUXILIAR DE ENFERMERIA.

COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE :

Dada en Santa Marta, a los 5 días del mes de febrero de 1.993.

8 FEB. 1993

JOSE AGUSTIN RADA DIAZ
Jefe Control de Medicamentos(e).

JUAN ANDRES DIAZGRANADOS GAMEZ
Secretario de Salud Departamental.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

SECRETARIA DE SALUD DPTAL. DEL MAGDALENA



REGISTRO NO. 127

NOMBRE: JAIME A. CRANADOS I.

C. C. NO. 979.083

EXPEDIDA EN: SANTA MARTA

TITULO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA
Control de Medicamentos y Tecnologia
I E E.C.

JEFE CONTROL MEDICAMENTOS
Y PROFESIONES MEDICAS

Se le agradece a todas las Autoridades, Civiles y Militares. prestar la mayor colaboración posible al funcionario portador de este Carnet.

Fecha de Expedición: FEBRERO 18 DE 1.993

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



Cambiar

3825

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-06-06→7:12:40 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	4979083	JAIME	ALFONSO	GRANADOS	INFANTE	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE identificado(a) con CC 4979083 registra La siguiente información:

2023-06-06→7:12:40 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	1993-02-08	160	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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).

CEDELCA

CORPORACION EDUCATIVA DEL CARIBE

Personería Jurídica No 0861, Resolución 0028 del año 2011 por medio Del Ministerio de la Protección social.

CERTIFICADO DE ASISTENCIA DE:

JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE

Identificado CC 4.979.083 EXP SANTA MARTA

Participo En El Seminario Taller:
ABUSO SEXUAL-CODIGO GRIS
Realizado en la ciudad de Ciénaga, el 19 de JULIO

del 2019

Corporación Educativa Del Caribe CEDELCA Ciénaga - Magd.

Daylineth Dominguez

DAYLINETH DOMINGUEZ VARGAS
SECRETARIA

Corporación Educativa Del Caribe CEDELCA Ciénaga - Magd.

Dr. ALEX DURAN
Psicólogo

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE

Con Cédula de Ciudadanía No. 4979083

Participó en la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Santa Marta. a los trece (13) dias del mes de diciembre de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por

JAIRO JOHN ABELLO CAMARGO
Subdirector (E)
CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

6907985 - 13/12/2022
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 952900260686CC4979083C.

Consultor Integral En Salud

CONSULTOR INTEGRAL EN SALUD S.A.S

Nit. 901059104 Matricula. 668523

CERTIFICA QUE:

JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE

Cedula de Ciudadanía N° 4.979.083

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS Y GESTIÓN DEL DUELO EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

CÓDIGO LILA

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE: 25 HORAS

Otorgado el 28 de Marzo del 2021

Firma y RUN del Instructor

Mónica Jamibe Villar
Enfermera U. Simón Bolívar
Esp. en Alta Gerencia
T.P. 31320

Monica Jamibe Villar Ch.
Representante Legal

Este Certificado de Participación puede ser verificado con el siguiente código, por medio de solicitud al correo:
mercadeocies@outlook.com o escribir al WhatsApp +57 300-878-0974

Código de Verificación: CHCP21772-883

Nota: este programa hace parte de la oferta del portafolio de servicios de Consultor Integral en Salud S.A.S – CIES y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional, por lo cual su desarrollo se efectúa bajo las normas internas institucionales y solo conduce a la expedición de una constancia o certificación de asistencia (Artículo 2.6.6.8 Decreto 1075 de 2015).

Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de salud

CV-202106-AVAQ0071

CON EL AUSPICIO DE:

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

Certifica que:

JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE
C.C. 4.979.083

ASISTIÓ Y APROBÓ

ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. los días 19 de junio de 2021, con una intensidad académica de 9 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **junio de 2023**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Fecha: 07/06/2023 Ciudad: Santa Marta, Magdalena

Examen de Ingreso: **X**
Empresa: Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche
Nombres y Apellidos: Jaime Alfonso Granados Infante
Cedula de Ciudadanía: 4979083
Sexo: Masculino
Edad: 58 Años
Labor a Desempeñar: Auxiliar de Enfermería
Correo electrónico: jaimegranados592@gmail.com
Celular:3044837070

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para áreas específicas: **PUEDE LABORAR**

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR
Recomendaciones: o HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE o PAUSAS ACTIVAS o USO DE EELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL o CUMPLIR NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD DE LA EMPRESA

Hacemos constar que hemos realizado examen médico al trabajador y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes. El trabajador ha declarado bajo la gravedad de juramento; Los datos suministrados para la elaboración del presente documento son veraces y que no ha omitido información alguna sobre su estado de salud.
No se realiza prueba de COVID 19 (ni sanguínea, ni molecular, test rapido)



SANTANDER MARQUEZ
Medico Laboral
R.M 0556 S.S.M Lic. S.O. 1301 S.S.M

CARRERA 24 # 19 – 07 Tel: 3126662123 - 3046817939
Santa Marta – Colombia

LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE" NIT. 891780185-2

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que el señor, **JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE**, identificado con cedula de Ciudadanía No. **4.979.083** expedida en Santa Marta (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE",** los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **2420** de fecha 10 de Julio de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 10 de Julio al 30 de septiembre 2020, por un valor de CUATRO MILLONES DE PESOS ($4.000.000).
2. No. **2795** de fecha 01 de octubre de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de octubre al 31 de diciembre 2020, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
3. No. **377** de fecha 01 de enero de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 31 de marzo 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
4. No. **1456** de fecha 01 de abril de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 30 de junio 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
5. No. **2249** de fecha 01 de Julio de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 30 de septiembre 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
6. No. **3640** de fecha 01 de octubre de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de octubre al 31 de diciembre 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
7. No. **314** de fecha 01 de enero de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 31 de marzo 2022, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
8. No. **1775** de fecha 01 de abril de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 31 de julio 2022, por un valor de SEIS MILLONES DE PESOS ($6.000.000).
9. No. **3290** de fecha 03 de agosto de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 03 de agosto al 31 de diciembre 2022, por un valor de NUEVE MILLONES DE PESOS ($9.000.000).

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD COMO **AUXILIAR DE ENFERMERIA** PARA TODA LA POBLACION USUARIA EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

La presente Certificación se expide por solicitud del interesado, a los veintidós (22) días del mes de diciembre de 2022.

KATHERINE MARIA AMAYA RESTREPO
Jefe Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.

ELABORÓ: RONALD A. GOMEZ CAMACHO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA

VIGILADO Supersalud

GESTION Administrativa IAC
NIT 900.218.782-3

IAC GESTIÓN ADMINISTRATIVA
OUTSOURCING DE INFORMACIÓN RECURSOS HUMANOS PARA

IAC GPP SALUDCOOP
NIT.: 830129689

CERTIFICA

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de nómina el (la) señor(a) **JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **4.979.083**, labora en la empresa **IAC GPP SALUDCOOP** desde el día **17 de abril de 2000**, con contrato de trabajo a término Indefinido. En la actualidad desempeña el cargo de **AUXILIAR DE CONSULTORIO**, con una asignación salarial mensual en modalidad Fijo de **Novecientos noventa y cinco mil ochocientos Pesos M\cte ($ 995.800,00)** y una asignación mensual no salarial de **Cero de ($ 0,00) Pesos M\cte**.

En constancia de lo anterior, se expide este documento en la ciudad de Bogotá D.C., a los 07 días del mes de enero de 2016.

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra linea de atención en Bogotá número 6361741-6925217 Ext.101-105-107-122, citando el consecutivo 28799.

Nota: Señor(a) trabajador(a) si Usted ha sido cesionado(a) tenga en cuenta por favor que las fechas consignadas en el presente documento deben entenderse atadas a los vínculos laborales que suscribió con cada uno de los empleadores.

BEATRIZ VASQUEZ PABON
Directora Nacional De Nomina Y Vinculación Laboral
IAC Gestión Administrativa
Nota. Firma escaneada valida solo para certificación electrónica (Marzo 14 2014)

La Institución Auxiliar del Cooperativismo Gestión Administrativa advierte que el presente documento fue extraido directamente por sistema mediante la utilizacion del usuario personal e intransferible asignado para tal fin al trabajador. Por consiguiente, la Empresa en no hace responsable por los usos inapropiados o diversos que se hagan del mismo.

Escaneado con CamScanner

esimed

ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A. (ESIMED S.A.)
NIT.: 800215908-8

CERTIFICA:

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de Nómina Kactus, el (la) Sr (a) **JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE**, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No. **4.979.083**, labora con esta empresa desde el 16 de diciembre de 2015, con contrato de trabajo a término Indefinido, en la actualidad desempeña el cargo de **AUXILIAR DE CONSULTORIO**, con una asignación salarial mensual de Ochocientos cuarenta y un mil doscientos sesenta Pesos M\cte ($ 841.260,00) y una asignación mensual no salarial de **Cero de ($ 0,00) Pesos M\cte**.

Como constancia de lo anterior, se expide este documento en la ciudad de Bogotá D.C., a los 27 días del mes de septiembre de 2018.

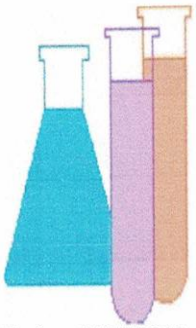
La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea 7957155 Ext: 6519 - 6520, citando el consecutivo 181216.

Cordialmente,

LIZBETH JOHANNA CARDOZO R.
Subdirectora Nacional de Talento Humano
ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A. (ESIMED S.A.)

Autopista Norte No. 93 - 95. Bogotá D.C.

Escaneado con CamScanner



LABORATORIO CLINICO BIOLUZ

NIT 900.109.371-2

Calle 22 No. 14-70 Tel: 4317117

Fecha: 25/07/2019 09:20 a.m. SEDE: Principal

Paciente: JAIME ALFONSO GRANADOZ INFANTE **Recepción:** 54953 **Sala:** N/A
Edad: 54 A **Sexo:** M **Identificación:** 4979083 **Fecha rcp:** 25/07/2019 08:52:42 a.m.
Teléfonos: 30453522793125876693 **Médico :** No Asignado
Empresa: Particular

		Resultado	Valores de referencia
1	Acs Ags Hepatitis B	15.0 mIU/mL	

VALORES DE REFERENCIAS:

NEGATIVO < 10 mlU/mL

POSITIVO > 10 mlU/mL

LUZ HELENA CONDE OVIEDO
Laboratorio Clinico
BIOLUZ
NIT. 900.109.371-2
Tel.: 4317117 - 3008354686

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

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

Instituto Nacional de Salud

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Jaime Alfonso
Apellidos: Quevado Infante
Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 1971083
Fecha de nacimiento: Día 21 Mes 05 Año 1965

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	10/06/05	EU719	Hoemd.
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3	21-06-19	221501547B	
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	III-13 09	03766196	
	2	IV-9-07	03766196	
	3	V-11-07	03766197	

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	21-06-19	P3H591V		
Contra Influenza	19/04/12	S7030		Sandra C.
	23 08 17	V5021706		S Aincapie
	09-09-18	V5007192		S. Aincapie
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	30-03-21	Astrazeneca	CTMAV 519	HUJMB.	Yeimi Correa	57170484
	2	30-06-21	Astrazeneca	NH0302	HUJMB	Erika Arcaima	64865701
	Ref	22-07-22	Astrazeneca	7801 50	Sanitas	Yessica Rodriguez	1004745363

FUNCIÓN PÚBLICA

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2023-02-17 18:19

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JAIME	ALFONSO	GRANADOS	INFANTE

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	4979083

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$19.500.000,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$19.500.000,00

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
CASA	COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA	$150.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CE-006 - 0000000100 – 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 4979083
NOMBRES Y APELLIDOS	Granados Infante,Jaime Alfonso
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/08/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Granados Infante,Jaime Alfonso, a los 07 días del mes de junio 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

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **4979083,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2011** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 06 de junio de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

HUMB	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION 08/02/2023

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
santa marta		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE												Sexo			
												M	X	F	

Tipo de Documento								Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	4979083	SANTA MARTA	29/05/84

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
	X						X		3	X				X

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
	SANTA MARTA	CR 16A #7-82 BARRIO OBRERO	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
JAIMEGRANADOS592@GMAIL.COM	3044837070	

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
AUXILIAR DE ENFERMERIA	

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio						Cargo		
HUJMB	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR DE ENFERMERIA	

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CR 14 #23-42	SANTA MARTA	ALCACEREZ	4365007

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 1.800.000	Total Egresos mensules 1.200.000
Otros Ingresos Mensules 0	Otros Egresos Mensuales 300.000
Total Activos 1.500.000	Total Pasivos 1.500.000

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes DICIEMBRE	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?

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP? NO

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

NO

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 mis(i) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

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

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, 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, el mirar, 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 los derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los [illegible]

5. FIRMA Y HUELLA

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

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento