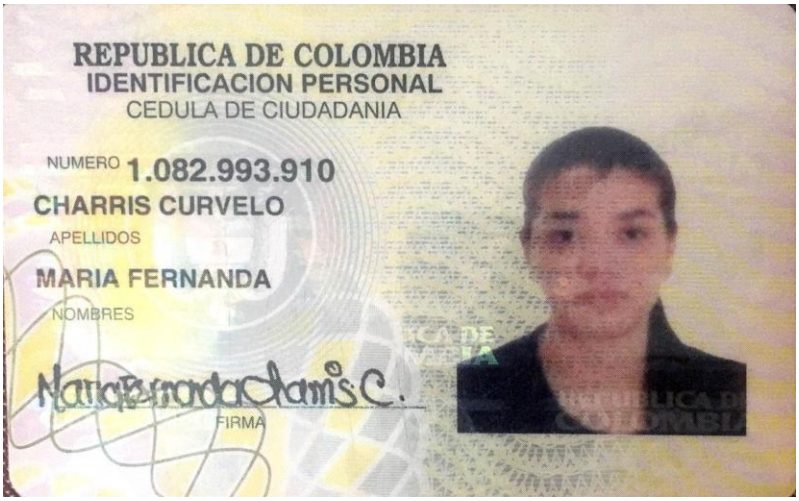
HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	**LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL**	CODIGO: GJC16F VERSION: 05 FECHA DE ULTIMA REVISION: 1/06/2023 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, *MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO*, Identificado con Cédula No. 1082993910 y Profesión *MEDICO GENERAL* AUTORIZO que elHOSPITAL 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 acontinuación. 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	x	
3	Lista de Chequeo para Inducción de puesto de trabajo (Entregado Por el área de supervisión)	x	
4	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://hujmb.com/siji/proveedores/pnatural.php	X	
5	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	
6	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo)	X	
7	Propuesta de Servicios	X	
8	Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)		X
9	Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)		X
10	RUT - Registro Único Tributario	X	
11	Hoja de Vida — Función publica (SIGEP II)	X	
12	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)	X	
13	Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (fecha vigente – MES actual).	X	
14	Convalidación de Titulo (Médicos Generales y Especialistas) — Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.		X
15	Resolución departamental para ejercer profesión - (Personal Asistencial)		X
16	Tarjeta Profesional	X	
17	RETHUS (Personal Asistencial en general)	X	
18	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde $250.000.000 millones de pesos. (Médicos y Especialistas)	X	
19	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (Personal Asistencial).	X	
20	Certificado de curso SOPORTE VITAL BASICO - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).	X	
21	Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras y Médicos, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).	X	
22	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – PALS (Pediatras) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		X
23	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — NALS (Neonatólogo) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		X
24	Certificado de Curso de CUIDADOS INTENSIVOS (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		X
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*.	X	
26	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la GESTIÓN DEL DUELO (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)	X	
27	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el CUIDADO DEL DONANTE (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.*	X	
28	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS (Personal Asistencial del área de *Urgencias y Transporte Asistencial*).	X	
29	Curso de PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia), (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		X
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)	X	
31	Soporte de experiencia laboral.		
32	Vacunas (HEPATITIS B) (todo el personal asistencial)	X	
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)	X	
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (INDEPENDIENTE – fecha no superior a 30 días)	X	
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE – fecha no superior a 30 días)	X	
36	Certificado SARLAF – PERSONA NATURAL - https://www.hujmb.com/wp-content/uploads/2021/12/FINC4F-FORMATO-VINCULACION-PERSONA-NATURAL-3-1.xlsx	x	



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.082.993.910
CHARRIS CURVELO
APELLIDOS
MARIA FERNANDA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

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

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

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

Scanned with CamScanner

Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1082993910**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1082993910	CHARRIS	CURVELO	MARIA	FERNANDA	2022-07-18, 1:45 pm
#	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
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
3	1082993910	CHARRIS	CURVELO	MARIA	FERNANDA	2023-06-02, 4:58 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El(la) suscrito(a) MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO identificado con C.C./C.E./P.P No. 1082993910 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 02 del mes de Junio de 2023.



Firma_____
Nombre MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO
Cédula 1082993910

COPIA CONTROLADA

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

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	
Título	
Nombre	MARIA FERNANDA
Apellidos	CHARRIS CURVELO
Fecha de Nacimiento	15/12/1994 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1082993910
Dirección	
Código postal	
Estrato	4
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	MARIAFDACHARRIS@GMAIL.COM
Teléfono	3103699338
Celular	3127032213
Nivel Educativo	Universitaria completa (con título)

Santa Marta, Junio 2023

Dr. German Gaviria Vargas
GERENTE 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,



María Fernanda Churris Cúrvelo
Médico General
1082993910

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14707088106

(415)7707212489984(8020) 000001470708810 6

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

IDENTIFICACIÓN

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

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

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

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

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

42. Correo electrónico: mariafdacharris@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

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

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

984. Nombre CHARRIS CURVELO MARIA FERNANDA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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
Charris	Curvelo	Maria Fernanda

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1082993910

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 15 MES 12 AÑO 1994

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: LA GUAJIRA

MUNICIPIO: MAICAO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 23 - 20A 23 PORVENIR

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: EMAIL: Mariafdacharris@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2011
										X				

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).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	05	2020	1082993910

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
MIXTA	ASESORAMB	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	ATENCION INTENGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	12	2022
MIXTA	ASESORAMB	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	REANIMACION CARDIO PULMONAR BASICA	12	2022
MIXTA	ASESORAMB	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	REANIMACION CARDIO PULMONAR AVANZADO	06	2022
VIRTUAL	ACESS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	MANEJO DE DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO	03	2021
VIRTUAL	ACESS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	GESTION DE DUELO	03	2021
VIRTUAL	ACESS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	GESTION DE DONACION DE ORGANOS Y TEJIDOS	02	2021

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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*
INGLÉS	X				X		X		

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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4365007	*Día*	01	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*		*Mes*		*Año*	

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO GENERAL	MEDICO ASISTENCIAL	- Cra. 14 #23-42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN CRISTOBAL - CIENAGA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	CIÉNAGA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4240896	*Día*	01	*Mes*	07	*Año*	2022	*Día*	15	*Mes*	09	*Año*	2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL CONSULTA EXTERNA	- Calle 5A Carrera 21 CIENAGA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ALEJANDRO PROSPERO REVERAND	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4237009	*Día*	01	*Mes*	09	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO GENERAL	MEDICO	

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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*								

5 **TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

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

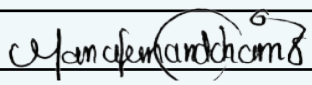
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	3	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	7

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, Junio 2023



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 República de Colombia
y en su nombre, el

Colegio "El Divino Niño"

Santa Marta D.T.C.H.

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

Confiere a:

María Fernanda Charris Curvelo

Identificada con T.I. 94121501257 Santa Marta, Magdalena

El Título de

Bachiller Académico

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

COLEGIO EL DIVINO NIÑO - SANTA MARTA

COLEGIO EL DIVINO NIÑO SANTA MARTA

Berta Riascos de Delvalle
Rectora

COLEGIO EL DIVINO NIÑO SECRETARIA SANTA MARTA

Denis Castrillón de Calvo
Secretaria

ACCESS LEVEL
COMMITTED TO EXCELLENCE
EFQM

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

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

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

Premier

COLEGIO "EL DIVINO NIÑO"

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

ACCESS LEVEL
COMMITTED TO EXCELLENCE
EFQM

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

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

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

BACHILLER ACADÉMICO

a:

María Fernanda Charris Curvelo

Identificada con T.I. 94121501257 Santa Marta, Magdalena

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

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

Es fiel copia del Acta General en lo pertinente.

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

Firmada y Sellada.

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

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

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

PremiArt

República de Colombia

UNIVERSIDAD LIBRE®

Personería Jurídica No. 192 de 1946

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

MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO

CC Nº 1.082.993.910 de SANTA MARTA

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

Medico

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

Decano

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

El Rector

El Secretario General

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

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

Jefe de Admisiones y Registro

COPIA · · ELECTRÓNICA · · AUTENTICA · · ·

187487
THOMAS GREG & SONS

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)

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C108299391000127685

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ETICA MEDICA

CERTIFICA

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

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

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el sábado 03 junio 2023 a solicitud del(a) interesado(a).

BERNARDO ADOLFO ROBLEDO RIAGA
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7440583-(601)6279975 Bogotá D. C.
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

La salud es de todos

Minsalud

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO



C.C. 1082993910

MEDICO

Universidad Libre

Barranquilla

Grado: 19/06/2020

Rethus: 22/08/2020

www.ideas.com

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

Firma Representante Colegio Medico Colombiano

Resultado General -2023-05-11→9:17:39 PM

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

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

2023-05-11→9:17:39 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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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

Certificado Individual de Seguro No. 00087CO00007482
Póliza Matriz Nº 16880
Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica

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

Vigencia Póliza de responsabilidad civil médica	
Fecha Inicio: 30 de marzo de 2022 Desde Las 00:00 Horas	**Fecha Fin:** 29 de marzo de 2023 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 **$100.000.000 a $600.000.000: 5%** de todo y cada reclamo, con un mínimo de COP **$1.000.000** por todo y cada reclamo.
			Para límite de **$800.000.000 y $1.000.000.000: 10%** de todo y cada reclamo, con un mínimo de COP **$1.500.000** por todo y cada reclamo.
			No aplica deducible para Gastos de Defensa.

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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

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

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

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

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

  Mediante el presente Endoso se elimina la exclusión 3.32

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

EXCLUSIONES ADICIONALES A LAS ESTABLECIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES INDICADAS EN EL CONDICIONADO GENERAL RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD 31/08/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160114 000I 31-08-2020-1305-NT-06-P&CNTCHUBBSEG054, EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS NI GASTOS LEGALES DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN 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.℠

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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

Información importante

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

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



Chubb Seguros Colombia S.A.
Firma Autorizada

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Chubb. Insured.℠

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

ASESORAMB

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 PULMUNAR 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

ASESORAMB

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 PULMUNAR 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

ASESORAMB

ACESS

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Otorga el presente certificado a

MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO

C.C. 1.082.993.910

Por haber asistido y aprobado el curso:

formación continua en

MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO

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

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS SANTA MARTA

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

ACESS

Otorga el presente certificado a

MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO

C.C. 1082993910

por haber asistido y aprobado el curso:

HUMANIZACIÓN DE SERVICIO Y

Gestión del Duelo

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

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

www.acess.com.co

ACESS

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Otorga el presente certificado a

MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO

C.C. 1082993910

Por haber asistido y aprobado el curso:

GESTIÓN DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

CURSO ONLINE

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

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

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS SANTA MARTA

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

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

CONCEPTO MEDICO LABORAL (CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL)

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

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

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

IMPRESION DIAGNOSTICA

1. APTO SIN RESTRICCIONES Y/O RECOMENDACIONES.

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

Comentario:

R/ VALORACION Y SEGUIMIENTO ANUAL CON EXAMENES PERIODICOS.

Examenes paraclinicos y complementarios:

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

Vacunas

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

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

1 - Apto: Aceptado para su trabajo, SIN RESTRCCIONES

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

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

CS: Casco **PR:** Protector respiratorio

BT: Botas **PV:** Protector visual

PA: Protector auditivo

C.C. Carpeta de Trabajador

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

LOT/MFD/EXP:
AHBVC711AF
11-2017
10-2020
1 dos.

Engerix™ -B 20

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

CARNET DE VACUNACIÓN

CENTRO DE VACUNAS

Medical Care

Cuidados médicos para tu vida

No. 1146

Por un mundo sin contagios...

Nombre: Maria F. Charris Cuevedo

D.I.: 1082993910

TEL/CEL: 3127032213

Scanned by CamScanner

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

Scanned by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	26-02/19	0128 M411	
Fiebre amarilla	Única	18/09/15	15046	
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	2	26-02/19	2275020/613	
	1	18-09/15	2222	
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1	06/10/15	6891	SB.
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	18-09-15	15046.	
Otras	Tetanos	30.4-19	TJA93	
	Hepatitis A	29/05/19	AHABB355A	
	Neumococo	29/05/19.	V6109AE	

Scanned by CamScanner

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINSALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Maria Fernanda

Apellidos: Charris Corvelo

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

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

Scanned by CamScanner

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	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-06-02 17:51

Nombres y apellidos completos

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

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1082993910

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	LA GUAJIRA	Municipio	MAICAO

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$60.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$60.000.000,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CE-006 - 0000000100 – 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 03 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

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 03 de junio de 2023.

Cordialmente,



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

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

202306031958

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



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

Powered by CamScanner