En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, BERENICE BEATRIZ TORRES CORCHO, Identificado con Cédula No. 36.556.268 de Santa Marta 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:** Berenice Torres C.

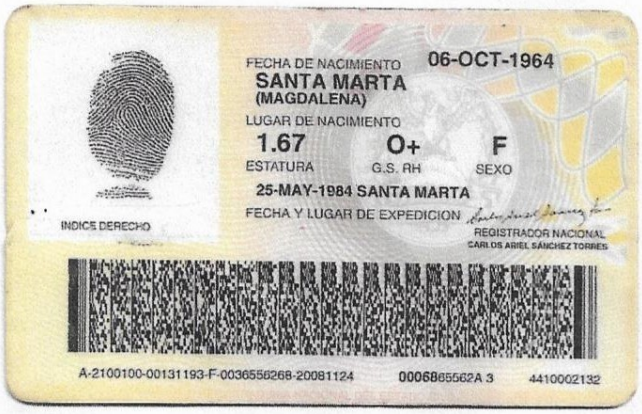
| | LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN: | SI | N/A |
|---|---|---|---|
| 1 | Estudio de Necesidad y Oportunidad | | |
| 2 | Cedula de Ciudadanía | | |
| 3 | Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php | | |
| 4 | Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/ | | |
| 5 | Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)** | | |
| 6 | Propuesta de Servicios **(Mes Actual)** | | |
| 7 | Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**) | | |
| 8 | Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**) | | |
| 9 | RUT - Registro Único Tributario **(Año 2023)** | | |
| 10 | Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)** | | |
| 11 | Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**) | | |
| 12 | Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual)**. | | |
| 13 | Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.** | | |
| 14 | Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**) | | |
| 15 | Tarjeta Profesional | | |
| 16 | RETHUS (**Personal Asistencial en general**) | | |
| 17 | Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**) | | |
| 18 | Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial)**. | | |
| 19 | Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 20 | Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 21 | Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico -- **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 22 | Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 23 | Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas) | | |
| 24 | 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*. | | |
| 25 | 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*) | | |
| 26 | 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.* | | |
| 27 | 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***). | | |
| 28 | Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 29 | 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)** | | |
| 30 | Soporte de experiencia laboral. | | |
| 31 | Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ ***previo registro en el sitio web.*** | | |
| 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://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (**Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año**) | | |
| 34 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)** | | |
| 35 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)** | | |
| 36 | Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/ | | |



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36.556.268
TORRES CORCHO
APELLIDOS
BERENICE BEATRIZ
NOMBRES

Berenice torres
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-OCT-1964
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
25-MAY-1984 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00131193-F-0036556268-20081124 0006865562A 3 4410002132

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **36556268**

Resultados encontrados:

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 36556268 | TORREZ | CORCHO | BERENICE | BEATRIZ | 2022-03-06, 8:25 am |

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 36556268 | TORRES | CORCHO | BERENICE | BEATRIZ | 2022-07-17, 11:18 am |

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 36556268 | TORRES | CORCHO | BERENICE | BEATRIZ | 2022-12-12, 5:49 pm |

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | 36556268 | TORRES | CORCHO | BERENICE | BEATRIZ | 2023-02-08, 8:44 am |

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | 36556268 | TORRES | CORCHO | BERENICE | BEATRIZ | 2023-09-01, 9:07 pm |

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) BERENICE BEATRIZ TORRES CORCHO identificado con C.C./C.E./P.P No. 36.556.268 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.

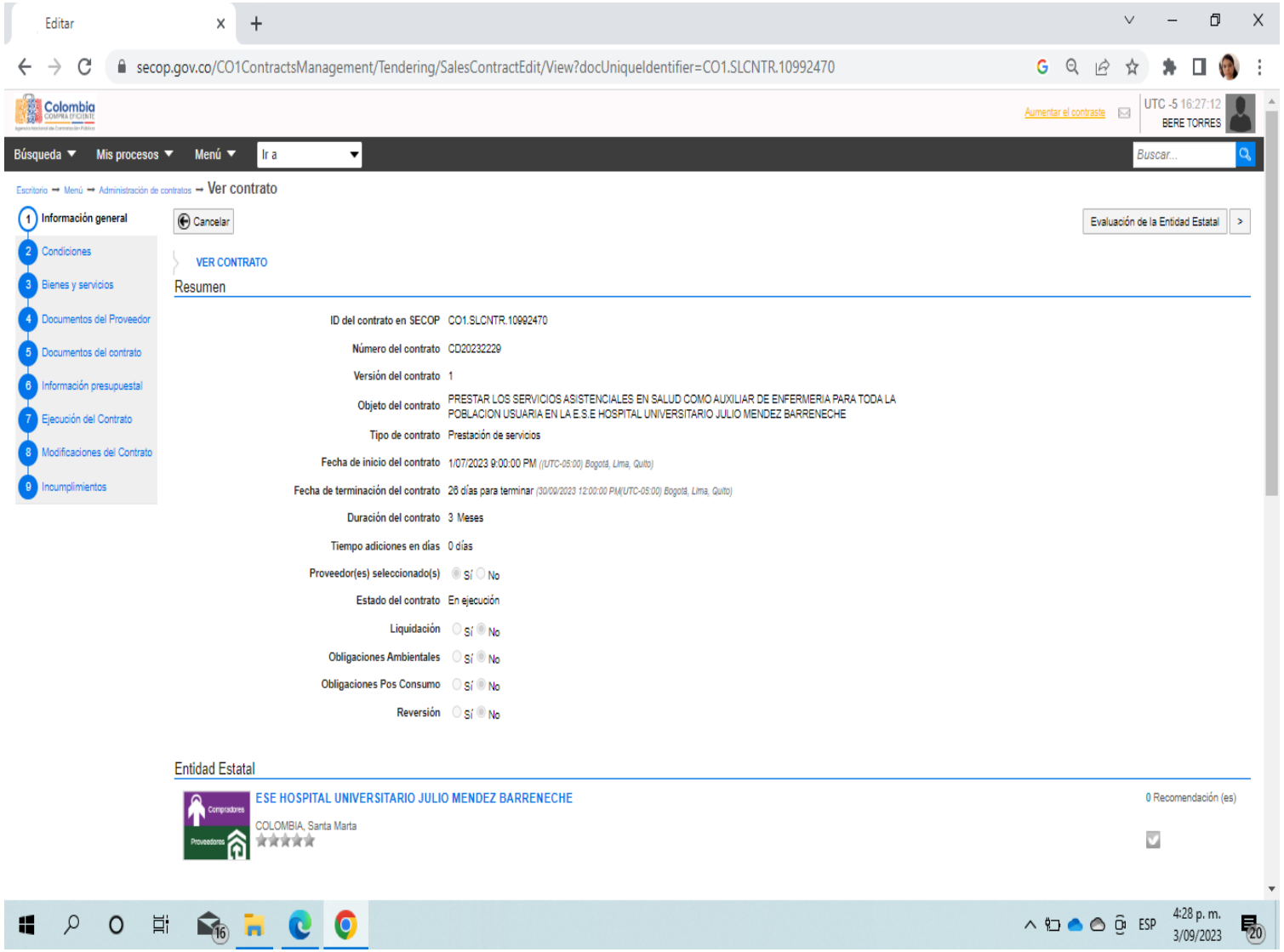
Berenice Torres C.

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 7 del mes de septiembre de 2023.

Firma Berenice Torres C.
Nombre BERENICE B. TORRES CORCHO
Cédula 36.556.268 de Santa Marta

COPIA CONTROLADA


Editar
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.10992470
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 16:27:12
BERE TORRES
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio ➞ Menú ➞ Administración de contratos ➞ Ver contrato
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
Resumen
ID del contrato en SECOP CO1.SLCNTR.10992470
Número del contrato CD20232229
Versión del contrato 1
Objeto del contrato 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
Tipo de contrato Prestación de servicios
Fecha de inicio del contrato 1/07/2023 9:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Fecha de terminación del contrato 26 días para terminar (30/09/2023 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Duración del contrato 3 Meses
Tiempo adiciones en días 0 días
Proveedor(es) seleccionado(s) Sí No
Estado del contrato En ejecución
Liquidación Sí No
Obligaciones Ambientales Sí No
Obligaciones Pos Consumo Sí No
Reversión Sí No
Entidad Estatal
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
COLOMBIA, Santa Marta
0 Recomendación (es)
ESP
4:28 p. m.
3/09/2023

Santa Marta, 01 de Septiembre de 2023

Doctor
German Vargas Mosquera
Gerente Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche
E. S. M

Cordial saludo,

Yo, Berenice Beatriz Torres Corcho, identificada como aparece al pie de mi correspondiente firma, por medio de la presente me dirijo a usted, con el fin de darle a conocer mi hoja de vida y ofrecer mis servicios como Auxiliar de Enfermería.

Como podrá comprobar en el mismo, tengo experiencia en este campo, ya que he venido desempeñado este cargo por más de 15 años, me considero una persona colaboradora, que le gusta trabajar en equipo, estar en constante actualización para así brindar un servicio de calidad.

Espero se estudie mi solicitud y en espera de una positiva respuesta, De usted, atentamente,

Berenice Torres C.

Berenice Beatriz Torres Corcho
C.C. No. 36.556.268 de Santa Marta
Auxiliar de Enfermería
Celular: 300 810 7943

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14945416226

(415)7707212489984(8020) 000001494541622 6

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 3 6 5 5 6 2 6 8 | 4 | 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 | 3 6 5 5 6 2 6 8 | 1 9 8 4 0 5 2 5 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| TORRES | CORCHO | BERENICE | BEATRIZ |

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: CL 11 5 40

42. Correo electrónico: bebetocor@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| 5 7 | 3 0 0 8 1 0 7 9 4 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 |
| 4 5 3 0 | 1 9 9 8 0 2 0 6 | 8 6 9 2 | 2 0 0 6 0 4 0 7 | | | | 5 1 3 2 | 0 |

## 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 | | | | | | | | | | Exportadores | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| 54. Código | | | | | | | | | | | | 57. Modo | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | | | 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 2023 - 09 - 08 / 11 : 04: 39

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 TORRES CORCHO BERENICE BEATRIZ
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 |
|---|---|---|
| Torres | Corcho | Berenice Beatriz |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. X C.E. ◯ PAS ◯ No. 36556268 | F X M ◯ | COL. X EXTRANJERO ◯ | COLOMBIA |

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ◯ SEGUNDA CLASE ◯ NÚMERO D.M.

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 06 MES 10 AÑO 1964

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CALLE 11 N 5 40 Apartamento 1 centro

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 300 810 79 43 EMAIL bebetocor@hotmail.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 | 1984 |
| | | | | | | | | | | 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 SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PREGRADO | 3 | X | | Auxiliar de Enfermería | 10 | 2003 | 47-1213 |

***CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS***

| MEDIO DE CAPACITACIÓN | INSTITUCIÓN | MODALIDAD | CURSO | TERMINACION MES | TERMINACION AÑO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

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* |
| | | | | | | | | | |

## 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*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3008107943 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 03 | *Año* | 2023 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXIIAR AREA DE SALUD | *DEPENDENCIA*<br>URGENCIAS , HOSPITALIZACION GINECOLOGICA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 - 23 42 | | | | | |

## 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* | | | | | |

## 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 | 0 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 0 | 0 |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**6** **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO 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* Berenice Torres C.

Santa Marta, 1 de septiembre de 2023

*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 República de Colombia y en su nombre

El

# Instituto Magdalena

De Santa Marta (Magdalena)

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional Según Resolución No. 13108
del 9 de Octubre de 1.984

Confiere a

## Berenice Beatriz Torres Torcho

C.C.No. 36.556.266 de Santa Marta

El Título de

# Bachiller Comercial

Por razón de haber cursado y aprobado los Estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocational, según los planes y programas vigentes

El Rector

La Secretaria

Santa Marta, 15 de Diciembre de 1.9[illegible]

Inscrito al folio 307 Libro de Registro No. 2 REG # 1294

Secretaría de Educación

Dado en SANTA MARTA [illegible] días del mes de MAYO de 1.99[illegible]

# Acta de Grado

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

## Instituto Magdalena

Santa Marta

Aprobado por resolución No. 15109 de Oct. 9 de 1984
del Ministerio de Educación Nacional

En la ciudad de Santa Marta a los 15 días del mes de Diciembre del año de 1.984 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del Colegio Nacionalizado Instituto Magdalena de Santa Marta Jornada Diurna modalidad BACHILLER COMERCIAL institución aprobada hasta Nueva Visita en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad BACHILLERATO COMERCIAL, según Resolución(es) Número(s) _____

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 Título de BACHILLER COMERCIAL al graduando cuyo número de orden, nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

| No. | NOMBRE |
|---|---|
| 39- Jornada Tarde | TORRES CORCHO BERENICE BEATRIZ |

DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC#36.556.268 de Santa Marta

Es fiel copia tomada del Acta original No. 001 de fecha 15 de diciembre de 1.984 que consta de 72 alumnos graduados, comienza con el nombre de APONTE GARNICA MARIA VICTORIA - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - y se cierra con el nombre de ZABALETA ESCALANTE EMILIA PETRONA - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

firmado y sellado por CARMEN CASTRO MEZA (Rector) y CARMEN ESCOBAR GRANADOS (Secretario)

Dada en Santa Marta a los 14 días del mes de Marzo de 1.9 85

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 7o. del Decreto 180 de 1.981.

Firmado y Sellado

El Rector(a) o Director(a)
CARMEN CASTRO MEZA
c.c. No. 32.469.368 de Medellín

El Secretario(a)
CARMEN ESCOBAR GRANADOS
c.c No. 36.522.202 de Santa Marta

En nombre de la República de Colombia

Y por autorización del

Ministerio de Educación Nacional

La Corporación de Estudios Técnicos, Ocupacional Sistematizada

# CETECOS

Autorizada por la Secretaría de Educación Distrital

Según Resolución N° 108 del 18 de Febrero de 1997

Y 411 del 6 de Septiembre del 2000

En atención a que

## BERENICE BEATRIZ TORRES CORCHO

Identificado (a) con C.C. No. 36.556.268 expedida en la ciudad de Santa Marta (Magd.)

Ha completado todos los estudios y llenado los requisitos legales y estatutarios exigidos en el nivel de educación no formal conforme a la norma reglamentaria por el decreto 114 de 1.996 articulo 13.

Otorga el Presente Certificado de Aptitud Ocupacional como técnico en:

## AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Intensidad Horaria 2440 Horas

En testimonio de ello se firma y sella el presente certificado dado en Santa Marta,
El día 18 del mes de Octubre del año 2003 Acta de Grado N° 2012

Director (a)

Coordinador Académico

Coordinador Programa

# CETECOS

## CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

### ACTA DE CERTIFICADOS No. 2012

En la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, República de Colombia, a las 7:00 p.m. del día 18 de Octubre de 2003 se llevó a cabo el acto solemne de entrega de certificados de Aptitud Ocupacional Técnico en:

## AUXILIAR DE ENFERMERÍA

## A:

## BERENICE BEATRIZ TORRES CORCHO

El aspirante terminó sus estudios, y cumplió todos los demás requisitos exigidos por la institución para optar el certificado, tales como haber aprobado todos los módulos de formación, de conformidad con el reglamento vigente y se encuentra a Paz y Salvo con la institución por todo concepto.

La solemnidad estuvo presidida por los suscritos Director, Coordinador Académico, Secretaria General de la Institución y el Cuerpo Docente.

Número de Horas: 2440

Para Constancia se firma la presente acta en el número de copias que ordena el Reglamento Académico.

DIRECTOR ACADEMICO

COORDINADOR ACADEMICO

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
**DESARROLLO DE SERVICIOS**

**RESOLUCIÓN No. 47-1213**

Por la cual se registra un título

**EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEPARTAMENTAL**
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994 y Resoluciones No. 02085 de febrero 7 de 1989 y 0440 de febrero 8 de 1993

**CONSIDERANDO:**

Que, **BERENICE BEATRIZ TORRES CORCHO** identificada con cédula de ciudadanía No 36.556.268, ha solicitado el registro de su TITULO de **AUXILIAR DE ENFEMERIA** que le otorgó: LA CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA "CETECOS", según Acta de certificación No2012, de fecha 18 de Octubre de 2.003.

En merito de lo expuesto,

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO UNICO:** Autorizar a **BERENICE BEATRIZ TORRES CORCHO** , para ejercer la profesión de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en todo el territorio Nacional.

**COMUNÍQUESE Y PUBLIQUESE**
Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 06 NOV 2003

**SECRETARIO DE SALUD DEL MAGDALENA**

**COORDINADOR**

Proyectado por MARYNELA FLOREZ

*PARA PROGRESAR EN SERIO*

**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

4865

Verificar Registro en ReTHUS  Limpiar

**Resultado General -2023-09-03→4:38:35 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 36556268 | BERENICE | BEATRIZ | TORRES | CORCHO | 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) BERENICE BEATRIZ TORRES CORCHO identificado(a) con CC 36556268 registra La siguiente información:**

**2023-09-03→4:38:35 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 | 2003-11-20 | 1213 | SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA |
| AUX | Local | AUXILIAR DE DROGUERÍA | 2019-08-29 | 2756 | 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).**

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

# *Certifica*

# *Berenice Beatriz Torres Corcho*

## *CC 36556268 de Santa Marta - Magdalena*

Realizó y aprobó el curso abordaje integral a víctimas de violencia sexual (AIVVS) - CODIGO GRIS con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-09
Fecha de vencimiento: 2024-12-09

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

## BERENICE BEATRIZ TORRES CORCHO

*Con Cedula de Ciudadanía No. 36556268*

*Cursó y aprobó 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 ocho (8) días del mes de noviembre de dos mil veintiuno (2021)*

Firmado Digitalmente por

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

**79474157 - 08/11/2021**
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 9529002430254CC36556268C.

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

# *Certifica*

# *Berenice Beatriz Torres Corcho*

## *CC 36556268 de Santa Marta - Magdalena*

Realizó y aprobó el Curso en Proceso manejo del Duelo Resolución 3100 / 2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-09
Fecha de vencimiento: 2024-12-09

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

## BERENICE BEATRIZ TORRES CORCHO

*Con Cedula de Ciudadanía No. 36556268*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

**ATENCION INTEGRAL DE URGENCIAS A VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS.**

*con una duración de 48 horas*

*En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Riohacha. a los diez (10) días del mes de noviembre de dos mil veintiuno (2021)*

Firmado Digitalmente por



CARLOS EDUARDO ROBLES PALOMINO
SUBDIRECTOR
CENTRO INDUSTRIAL Y DE ENERGIAS ALTERNATIVAS
REGIONAL GUAJIRA

**79565730 - 10/11/2021**
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 9222002431252CC36556268C.

SERVICIOS MÉDICOS S.A.S.

## SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S.

901127782-6

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2023-01-13 17:56:00

**LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL 0460 SSM**

## DATOS DEL TRABAJADOR

**PACIENTE:** BERENICE BEATRIZ TORRES CORCHO

**ID:** CC 36556268

**FECHA DE NACIMIENTO:** 1964-10-06

**EDAD:** 58 Años

**TEL.** 3008107943

**DIRECCION:** SANTA MARTA SANTA MARTA (MAGDALENA)

**SEXO:** F

**CONVENIO:** PARTICULARES

**ESTADO CIVIL:** SOLTERO

**EPS:**

**CARGO:** AUXILIAR DE ENFERMERIA




**Trabajo en Alturas:** --

**Manipulación de Alimentos:** --

**Espacios Confinados:** --

## TIPO DE EXAMEN

- [x] **INGRESO**
- [ ] **PERIODICO**
- [ ] **RETIRO**
- [ ] **EGRESO**
- [ ] **ESPACIOS CONFINADOS**
- [ ] **ÉNFASIS EN ALTURA**
- [ ] **MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS**
- [ ] **POSTINCAPACIDAD**
- [ ] **MEDICINA GENERAL**
- [ ] **OTRO** **CUAL:**

## EXÁMENES A REALIZAR

- [ ] AUDIOMETRIA
- [ ] ELECTROCARDIOGRAMA
- [ ] ESPIROMETRIA
- [ ] EXAMEN PSICOSENSOMETRICO
- [ ] VISIOMETRIA
- [x] EXAMEN OSTEOMUSCULAR
- [ ] TAMIZAJE VISUAL
- [ ] PERFIL LIPÍDICO
- [ ] LABORATORIOS
- [ ] PSICOTECNICO
- [ ] EXAMEN DE LABORATORIO EN SANGRE

**OTRO:**

## RECOMENDACIONES

**Higiene postural** NO

**Pausas activas:** SI

**Restricción para el manejo de cargas:** NO

**Uso epp:** SI

**Edu. en manejo cargas:** NO

**Ingreso a programa de vigilancia epidemiológica:** --

-

**Fomento de hab. saludables :** SI

**Remision:**

**Observaciones:**

## CONCEPTO

**CONCEPTO DE INGRESO:** SIN RESTRICCIONES

**Observaciones:** uso de epp

habitos de estilo de vida saludable y ejercicio vigilado para llegar a peso ideal

**SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S.**

901127782-6

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2023-01-13 17:56:00

**LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL 0460 SSM**

## CONDUCTA

| | | |
|---|---|---|
| • Conducta de manejo médico:<br>☐ a. Continuar manejo médico<br>☐ b. Remisión a EPS.<br>☐ c. Seguimiento por la ARL. | • Conducta médica laboral:<br>☐ a. Educación en higiene postural.<br>☐ b. Capacitación y verificación en uso adecuado de los elementos de protección personal. | • Cond. sobre háb. y estilos de vida saludables:<br>☐ a. Actividad física regular.<br>☐ b. Educación en alimentación saludable.<br>☐ c. Desestimular el tabaquismo y consumo de sustancias perjudiciales.<br>**Otro:** |

• Recomendaciones específicas:

☐ a. Entrenamiento y supervisión en movilización segura de cargas.

☐ b. Restricción para manejo de cargas.

☐ c. No exponer a ruido de más de 80 decibeles sin protección auditiva adecuada.

**Otras:**

SANTANDER ANTONIO MARQUEZ BUSTAMANTE
**ESP.** SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
**R.M.** 0556 S.S.M. LIC. S.O. 1301 - S.S.M.

Berenice Torres C.

**PACIENTE:** BERENICE BEATRIZ TORRES CORCHO
**ID.** CC 36556268

De conformidad con lo contemplado en las resoluciones 2346 de 2007, 1918 de 2009 y 1409 de 2012, El presente documento, forma parte de la historia clínica ocupacional y su custodia y disponibilidad para los fines legales pertinentes será responsabilidad nuestra.

DIR. CRA 24 #19-07 - TEL. 3187691250 - E-MAIL: Serviciosmedicosamb19@gmail.com
SANTA MARTA - COLOMBIA

# CAPRI
## CENTRO MEDICO Y DROGUERIA
NIT 19.580.370-7

A QUIEN INTERESE

El Centro Medico y Drogueria Capri bajo la dirección del señor **JOSE AGUSTÍN RINCÓN URIBE** como Gerente, certifica que la Señora **BERENICE BEATRIZ TORRES CORCHO**, identificada con la Cedula de Ciudadanía N° 36.556.268 de Santa Marta, laboro como Auxiliar de Enfermería en esta institución desde el 03 de Noviembre del 2003 al 31 de Agosto de 2009, desempeñando sus funciones con responsabilidad y seguridad, manteniendo un comportamiento de respeto y dignidad con sus colegas, personal de la Institución y Pacientes, dejando en el Centro Medico una buena imagen como profesional y como persona.

Este Certificado se expide a solicitud de la interesada a los (02) dos días del mes de Enero de 2013.

Atentamente,

CAPRI
CENTRO MEDICO Y DROGUERIA
Augusto Rincon Uribe
NIT 19.580.370-7

**AGUSTÍN RINCÓN URIBE**
Gerente

EL BIENESTAR DE SU SALUD, ES EL INTERES DE NUESTRO SERVICIO

Carrera 8 N° 10-35 Tel. 4210152- 4210142- 4313956
Email: clinicacapri1985@hotmail.com – Telefax 4235818
Santa Marta, Colombia

SerEmpleos S.A.

NIT.900.314.486-9

**A QUIEN INTERESE**

Hacemos constar que el(a) señor(a) Identificado (a) **BERENICE BEATRIZ TORRES CORCHO** con cédula de ciudadanía No **36.556.268** Labora en esta empresa con un contrato individual de trabajo por el término que dure la obra o labor determinada con nuestro cliente **CLINICA LA MILAGROSA** como trabajador(a) en misión desde el 12 de Enero de 2012 hasta la fecha

Devenga un salario básico mensual **$ 687.394.00**

Desempeña el cargo de: **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

Se expide la siguiente certificación a los (29) días del mes de Octubre de 2012

Atentamente,

**CANDELARIA GARCIA MERCADO**
Directora de Talento Humano

Carrera 57 No. 72 – 44 Teléfonos 3689831-3689836
Barranquilla-Colombia

SerEmpleos S.A.

NIT.900.314.486-9

**A QUIEN INTERESE**

Hacemos constar que el(a) señor(a) Identificado (a) **BERENICE BEATRIZ TORRES CORCHO** con cédula de ciudadanía No **36.556.268** Labora en esta empresa con un contrato individual de trabajo por el término que dure la obra o labor determinada con nuestro cliente **CLINICA LA MILAGROSA** como trabajador(a) en misión desde el 12 de Enero de 2012 hasta la fecha

Devenga un salario básico mensual **$ 687.394.00**

Desempeña el cargo de: **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

Se expide la siguiente certificación a los (29) días del mes de Octubre de 2012

Atentamente,

**CANDELARIA GARCIA MERCADO**
Directora de Talento Humano

Servicios Temporales
EMPRENDEDORA LABORAL S.A.S
NIT 900.520.408-4
*¡Emprendiendo hacia el éxito!*

El Suscrito Coordinador de Gestion Humana
**SERVICIOS TEMPORALES EMPRENDEDORA LABORAL S.A.S**

*CERTIFICA*

*Que el señor (a)* **BERENICE TORRES CORCHO**, *identificado (a) con cédula de ciudadanía N° 36.556.268 presenta contrato como empleado en misión por el término que dure la realización de la obra o labor contratada*

*CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA*

*SALARIO: $700.000*

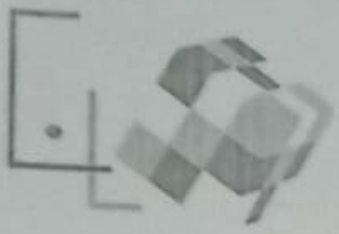
*EMPRESA USUARIA: CLINICA LA MILAGROSA S.A.*

*FECHA DE INICIO: 08 DE ENERO DE 2013*

*FECHA DE TERMINACION: ACTUAL*

*Se expide la presente certificación en la ciudad de Barranquilla a los 16 días del mes de Abril de 2013*

*MARIA ALEJANDRA ALBOR*
*Opto. de Gestion Humana*



EXCELENCIA LABORAL S.A.S

Nit. 900.387.794-5

Nuestra firma respalda su confianza

El Suscrito Coordinador de Gestión Humana de
**SERVICIOS TEMPORALES EXCELENCIA LABORAL S.A.S**

**CERTIFICA**

Que el señor(a) **BERENICE BEATRIZ TORRES CORCHO** identificado (a) con cédula de ciudadanía N° 36556268, presentó contrato como empleado en misión en los siguientes periodos por el término que duro la realización de la obra o labor contratada.

**19 de diciembre de 2013** **23 de noviembre de 2014**

Salario **700.000**

Empresa Usuaria **CLINICA LA MILAGROSA S.A.**

Cargo **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

Se expide la presente certificación en la ciudad de Barranquilla a los 18 días del mes de Mayo de 2016

**MASSIEL DE LA HOZ ZAPATA**
Coordinadora de Gestion Humana

*Nota: las datos suministrados en el presente documento pueden ser verificados en nuestras líneas telefónicas 3605592 y 3659228 en horario de lunes a viernes de 8:00 a 12:00 am*

*Calle 70 N° 50-03 oficinas 13 Centro Comercial Los Robles*
*Tel 360 55 92 - 368 92 28*
*Barranquilla - Colombia*

SerEmpleos S.A.S.

NIT.900.314.486-9

Barranquilla, 03 de Abril de 2017

Señores
**FONDO NACIONAL DEL AHORRO**
Santa Marta

Cordialmente nos dirigimos a ustedes para comunicarle que el (la) Señor (a): **RAMIREZ OSPINO ESTELA MARIA,** identificado (a) con cédula de ciudadanía **N° 57418789,** laboró con nosotros como empleado (a) en misión con la empresa **CLINICA LA MILAGROSA S.A. con Nit N° 800.067.515-1** en el periodo comprendido entre el 22 de Junio de 2016 y el 28 de Febrero de 2017.

Por lo tanto autorizamos la entrega de sus cesantías consignadas en el FONDO NACIONAL DEL AHORRO

Atentamente

**BELKI CORONELL JIMENEZ**
**Directora Financiera**

Su Aliado Laboral S.A.S

Nit 900.507.099-0

**A QUIEN INTERESE**

Hacemos constar que el(a) señor(a) **TORRES CORCHO BERENICE BEATRIZ,** identificado (a) con cédula de ciudadanía **N° 36556268** laboró en esta empresa con un contrato individual de trabajo por el término que duró la obra o labor determinada en nuestra empresa cliente **CLINICA LA MILAGROSA S.A.** Como trabajador(a) en misión desde el 03 de Noviembre de 2017 hasta el 02 de Octubre de 2018.

Devengo un salario básico mensual: **$801.216.oo**

Desempeñó el cargo de: **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

Se expide la siguiente certificación el 02 de Octubre de 2018.

Atentamente,

**MONICA CAMPO PALMA**
Representante Legal

SU EMPLEO OPORTUNO S.A.S

NIT. 900376475-3

**A QUIEN INTERESE:**

Hacemos constar que el(a) señor(a) **TORRES CORCHO BERENICE BEATRIZ,** identificado (a) con cédula de ciudadanía **N° 36556268** laboró en esta empresa con un contrato individual de trabajo por el término que duró la obra o labor determinada en nuestra empresa cliente **CLINICA LA MILAGROSA S.A.** Como trabajador(a) en misión desde el 6 de noviembre de 2018 hasta el 15 de agosto de 2019

Devengo un salario básico mensual **$902.646.oo**

Desempeño el cargo de: **AUXILIAR DE ENFERMERIA.**

Se expide la siguiente certificación el 15 de agosto de 2019.

Atentamente,

Yaneth Tovar S.

**YANETH TOVAR SIERRA**
**Representante Legal**

Calle 75 No 59-36 Teléfonos 3854043
Barranquilla - Colombia

# MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 36556268 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 07/09/2023 08:44 PM

_____

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC**

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 24-07-19 | 22150L5178 | Firmado |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | 24-01-19 | UFX180II | Firmado |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | 25-07-19 | B5G731A | Firmado |
| Contra Influenza | | | | |
| Virus de Papiloma Humano | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Departamento de Salud Distrital
VACUNADO CONTRA FIEBRE AMARILLA

NOMBRE Berenice Beatriz Torres P.

FECHA 15 de Enero del 2004

Firma Vacunador

# Certificado de Vacunación

Institución: CAJAMAG

Nombre: Berenice Torres Corchs

Identificación: 36 556 268 Tel:

| Vacuna | Dosis | Fecha aplicación | Lote No. | Firma y sello |
|---|---|---|---|---|
| HpB | 1 | 16-5-11 | VVX10005 | Firmado |
| HpB | 2 | 17-8-11 | VVX1005 | Luz Stella |
| | | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 30-8-14 | 024L105C | Yazmin |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | | | |
| Contra Influenza | 1. | 30-8-14 | 1/50123 | Yazmin |
| Virus de Papiloma Humano | | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

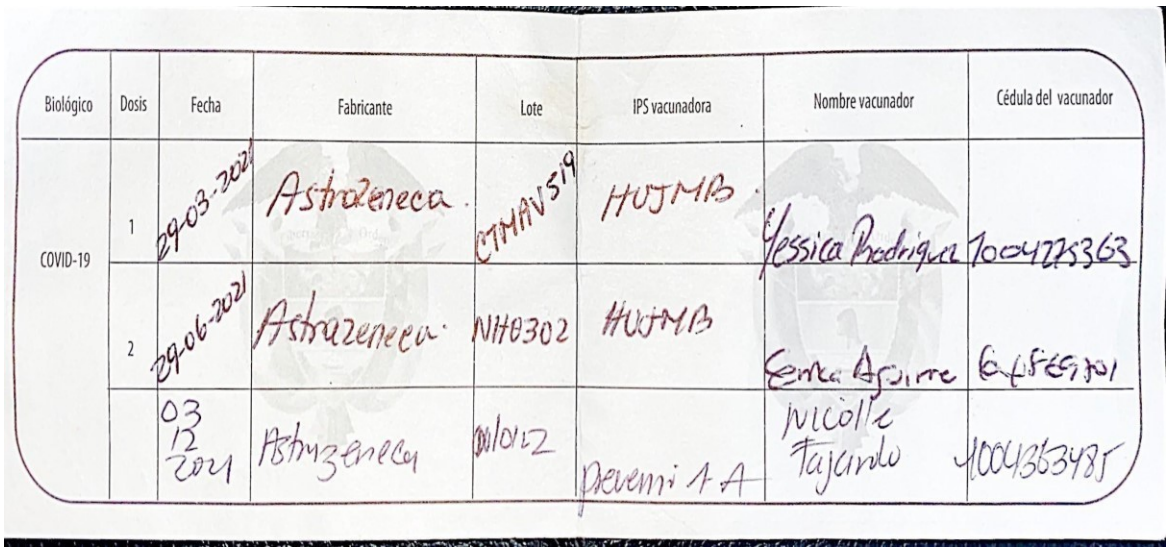
| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | | | |
| Contra Influenza | 1 | 19/12/14 | SM7062 | [illegible] |
| Otras | | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | Única | | | |
| Fiebre amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Hepatitis B | 1 | 30/04/1988 | 341S005A | [illegible] |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Anti rábica | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Influenza | Anual | 28/05/14 | 13A931V | [illegible] |
| Otras | | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | Única | | | |
| Fiebre amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Anti rábica | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Influenza | Anual | 30-08-14 | 1/50123 | [illegible] |



| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 29-03-2021 | Astrazeneca | CTMAV519 | HUJMB | Yessica Rodriguez | 1004775363 |
| | 2 | 29-06-2021 | Astrazeneca | NH0302 | HUJMB | Erika Aguirre | 1095831401 |
| | | 03 12 2021 | Astrazeneca | 300012 | Prevemi IA | Nicolle Tejada | 1004353485 |



MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

**Certificado de vacunación**

Nombres: Berenice. Beatriz.

Apellidos: Torres Cocheo

Documento de identidad: C.C X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 36556268

Fecha de nacimiento: Día 06 Mes 10 Año 1964

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 | 2023-09-07 21:18 |
|---|---|---|---|

| Nombres y apellidos completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| BERENICE | BEATRIZ | TORRES | CORCHO |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 36556268 |
|---|---|---|---|

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 Alcázares |
|---|---|

| 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 | $18.000.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | $18.000.000,00 |

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 |
|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA | $0,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| 0 | COLOMBIA | MAGDALENA | SANTA MARTA | $0,00 |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| 0 | $0,00 |

## 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:

| |
|---|
| |

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) BERENICE BEATRIZ TORRES CORCHO identificado(a) con CC 36556268 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| Fecha de Activación de | 01/11/2018 |
| Estado de la Afiliación: | ACTIVO |
| IPS: | CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM SANTA MARTA |
| Categoría: | A |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 01 días del mes septiembre del 2023 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **TORRES CORCHO BERENICE BEATRIZ** identificado(a) con **CC** número **36.556.268** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de agosto de 2004 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 01 de Septiembre 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

| | FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL | CODIGO: FIN04F<br>VERSION: 002<br>FECHA DE ULTIM REVISION: 12/05/2023 |
|---|---|---|

| Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación |
|---|---|---|
| Santa Marta | | |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| Nombres y Apellidos | | | | | | | | | | | | Sexo | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BERENICE BEATRIZ TORRES CORCHO | | | | | | | | | | | | M | | F | x |
| Tipo de Documento | | | | | | | | Número | | | Expedida en | | | Fecha de Expedición | |
| C.C. | x | C.E | | T.I | | R.C | | PP | | 36556268 | Santa Marta | | | 25/05/1984 | |
| 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 | Familiar | Rural | Urbano |
| x | | | | | | | | x | | 3 | | | x | | x |
| Fecha nacimiento | | | Lugar de Nacimiento | | | Direccion Domicilio | | | | | Municipio / Ciudad | | | Departamento | |
| 6 | 10 | 1964 | Santa Marta | | | calle 11 No. 5 - 40 | | | | | Santa Marta | | | Magdalena | |
| Correo Electrónico | | | | | | | | | | | No. Celular | | | Telefono | |
| bebetocor@hotmail.com | | | | | | | | | | | 3008107943 | | | | |
| Ocupación (Seleccione) | | | | | | | | | | | Actividad Principal CIIU | | | | |
| Estudiante | | Independiente | x | Empleado | | Hogar | | Jubilado | | | 8 | 6 | 9 | 2 | |
| Detalle Actividad Económica | | | | | | | | Descripción del CIIU | | | | | | | |
| Tecnico en enfermería | | | | | | | | auxiliar de enfermeía | | | | | | | |

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

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

## 2. DATOS LABORALES

| Nombre de la Empresa o Negocio | Tipo de Empresa o Negocio | | | | | | | Cargo | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Berenice Beatriz Torres Corcho | Publica | | Privada | x | Mixta | | Otra, cual? | auxiliar de enfermería | | |
| Dirección de empresa o negocio | Ciudad | | | | | | | Barrio | | No. Teléfono |
| calle 11 No. 5-40 | Santa Marta | | | | | | | Centro | | 3008107943 |
| Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? | | | | | | | | SI | | NO x |

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Total Ingresos Mensuales | $ 1.800.000 | | | Total Egresos | $ 1.800.000 |
| Otros Ingresos Mensules | 0 | | | Otros Egresos Mensuales | 0 |
| Total Activos | 0 | | | Total Pasivos | 0 |
| Mes y año de corte de la información financiera suministrada | Mes 05 | Año 2023 | | Es declarante? | SI NO x |
| Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico? | | | | | |
| Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP? | | | | | |
| Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: auxiliar de enfermería | | | | | |

## 4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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

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

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

Berenice Torres C.

5. FIRMA Y HUELLA

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

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento