En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** **HELGER ASTOLFO ALARCON BRITO**, Identificado con Cédula No. 12.558.761 DE SANTA MARTA y Profesión **AUXILAIR DE ENFERMERIA** **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

**FIRMA:** _____

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 12.558.761

ALARCON BRITO

APELLIDOS

HELGER ASTOLFO

NOMBRES

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 27-JUL-1963

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

09-DIC-1981 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2100100-00164718-M-0012558761-20090729 0014072370A 1 4430100346

Escaneado con CamScanner

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **12558761**

Resultados encontrados:

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 12558761 | ALARCON | BRITO | HELGER | ASTOLFO | 2022-03-06, 12:23 am |
| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
| 2 | 12558761 | ALARCON | BRITO | HELGER | ASTOLFO | 2022-12-13, 12:16 pm |
| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
| 3 | 12558761 | ALARCON | BRITO | HELGER | ASTOLFO | 2023-05-12, 1:40 am |
| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
| 4 | 12558761 | ALARCON | BRITO | HELGER | ASTOLFO | 2023-09-05, 7:36 am |

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) HELGER ASTOLFO ALARCON BRITO identificado con C.C./C.E./P.P No. 12.558.761 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 8 del mes de septiembre de 2023.

Firma _____

Nombre Helger Astolfo Alarcón Brito

Cédula: 12.558.761 de Santa Marta

COPIA CONTROLADA

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

Editar

## Información del usuario



| | |
|---|---|
| **Género** | Hombre |
| **Cargo** | auxiliar de enfermeria |
| **Título** | Sr. |
| **Nombre** | HELGER ASTOLFO |
| **Apellidos** | ALARCON BRITO |
| **Fecha de Nacimiento** | 27/07/1963 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| **Nombre y apellido** | HELGER ASTOLFO ALARCON BRITO |
| **Tipo de documento** | Cédula de Ciudadanía |
| **Número de documento** | 12558761 |
| **Dirección** | cll 27 #7a-52 |
| **Código postal** | |
| **Estrato** | 3 |
| **Ubicación** | Santa Marta |
| **País** | COLOMBIA |
| **Correo electrónico** | HELGERALARCONBRITO@GMAIL.COM |
| **Teléfono** | |
| **Celular** | 3004687015 |
| **Nivel Educativo** | Uno o más años de técnica o tecnológica |

## Configuración

| | |
|---|---|
| **Zona horaria** | (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito |
| **Idioma** | Español (Colombia) |
| **Configuración regional** | Spanish (Colombia) |

## Seguridad de la información

| | |
|---|---|
| **Pregunta de seguridad** | ¿Cuál es tu apodo? |
| **Respuesta** | helger |
| **SMS para recuperar la contraseña** | 3004687015 |

Editar

Santa marta, 05 de Septiembre de 2023

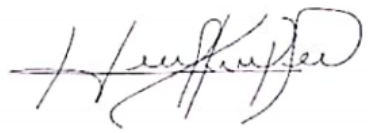
Doctor

GERMAN GAVIRIA VARGAS
GERENTE (E)
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Cordial Saludo,

A solicitud de su respetada institución, Yo, HELGER ASTOLFO ALARCON BRITO identificado con C.C. 12.558.761 de Santa Marta, le solicito muy cordialmente me permita ingresar como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el área de URGENCIAS, espero reunir las condiciones para tal cargo dentro de la empresa.

Atentamente,



_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
HELGER ASTOLFO ALARCON BRITO
C.C. 12.558.761 de Santa Marta

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14494638564

(415)7707212489984(8020) 000001449463856 4

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 2 5 5 8 7 6 1 | 6 | 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 2 5 5 8 7 6 1 | 1 9 8 1 1 2 0 9 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| ALARCON | BRITO | HELGER | ASTOLFO |

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 27 7 A 52 BRR LA ESPERANZA

42. Correo electrónico: Helgeralarconbrito@gmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 9 2 | 2 0 1 8 1 2 1 7 | | | | | | | |

### 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 2 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

### 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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2018 - 12 - 17

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 VASQUEZ BERMUDEZ ARNOVIS WILSON
985. Cargo Analista III

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 |
|---|---|---|
| Alarco | Brito | Helger Astolfo |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. X C.E. ( ) PAS ( ) No. 12558761 | SEXO: F ( ) M (X) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) | PAÍS: COLOMBIA

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

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 27 MES 07 AÑO 1963

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CALLE 27 7 A 52 casa la esperanza

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO _____ EMAIL helgeralarconbrito@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 | 05 | AÑO | 1980 |
| | | | | | | | | | | 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 | 4 | X | | | 08 | 1991 | |

***CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS***

| MEDIO DE CAPACITACIÓN | INSTITUCIÓN | MODALIDAD | CURSO | TERMINACION | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | MES | 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* |
| ESPAÑOL | | | 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* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Día* | 04 | *Mes* | 01 | *Año* | 2019 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| CONTRATISTA | | Sin dirección |

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| CAFESALUD - CLINICA ESIMED | | X | COLOMBIA |

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

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Día* | 18 | *Mes* | 09 | *Año* | 2009 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| AUXILIAR DE ENERMERIA | SALUD/ ASISTENCIAL | AVENIDA 24A - 24 A 71 |

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| : FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA | | X | COLOMBIA |

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

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Día* | 13 | *Mes* | 09 | *Año* | 2009 | *Día* | 28 | *Mes* | 02 | *Año* | 2018 |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| AAUXILIAR DE ENFERMERIA | ASISTENCIAL EN SALUD | CARRERA 4 - 26A 71 26 A 71 |

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| CLINICA LA MILAGROSA | | X | COLOMBIA |

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

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4351847 | *Día* | 09 | *Mes* | 12 | *Año* | 2006 | *Día* | 08 | *Mes* | 12 | *Año* | 2007 |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| AAUXILIAR DE ENFERMERIA | SERVICIO URGENCIA Y HOSPITALIZACION | CALLE 22 NORTE - 13A 09 13 A 09 LOS ALCAZAREZ |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 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 | 23 | 5 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 4 | 8 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 28 | 1 |

## 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* *11 de Septiembre de 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 Nacionalizado Rodrigo de Bastidas de Santa Marta

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 21426 del 2 de Diciembre de 1.983

Confiere a:

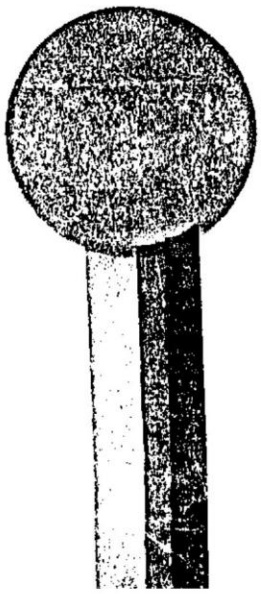
## Helger Alarcón Brito

Identificado con C.C. No. 12.555.761 de Santa Marta.

El Título de:

## Bachiller Académico

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Educación Nacional

Rector

RECTORIA
Colegio Nacional Rodrigo de Bastidas
SANTA MARTA

Secretario(a)

Anotado al Folio 277 Libro de Registro No. 1 REG # 11538

República de Colombia
Departamento del Magdalena

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

Secretaría de Salud del Magdalena

## Certificado

Concedido a:

**Helger Astolfo Alarcón Britto**

C. C. No. 12.558.761 de Sta. Mta.

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

Aprobado por Resolución Número 2182 de Agosto 9 de 1.968

Decreto No. 81[illegible] de Diciembre 13 de 1949

Escuela de Auxiliares de Enfermería
GABRIEL ANGULO Santa Marta

Directora

Secretario de Salud del Magdalena

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

Oficio No._____

# A C T A No 44

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

Fueron testigos de la certificación por parte de la Secretaría de Salud Departamental Dr. Carlos Retamoso Secretario de Salud Departamental, Dr. [illegible] Sandoval Coordinador técnico de la Secretaría de Salud, Dr. Francisco [illegible] res Coordinador de Odontología de la Secretaría de Salud, Lic. Marlene [illegible] dez Coordinadora del Programa de Enfermería de la Secretaría de Salud Departamental.

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

En dicho acto recibió certificado que acredita como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, a **HELGER ASTOLFO ALARCON BRITTO,** identificado con C.C. #12.558.761 Santa Marta.

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

Es fiel copia de su original.

Secretaría de Salud del Mag. Escuela de Aux. de Enfermería Gabriel Angulo Directora Santa Marta

MARTHA ROCA LEYVA,
Directora
C.C. #[illegible].542.313 Sta Mta

REPUBLICA DE COLOMBIA

# EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

## CERTIFICA

**QUE** ALARCON BRITO HELGER ASTOLFO

**APROBO** SEGURIDAD INDUSTRIAL

DURACION -60- HORAS

SUPERVISOR CENTRO COMERCIAL REGIONAL MAGDALENA

Jefe de Area

Santa Marta (30-05-97)

Ciudad y Fecha de Terminación

Registro y Certificación

COMERCIAL

Centro de Formación

970453 (27-06-97)

No. y Fecha de Registro

PANAMERICANA

CERTIFICADO DE APROBACION F5 - 138 / 10-96

REPUBLICA DE COLOMBIA

# EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

## CERTIFICA

**QUE** HELGER ASTOLFO ALARCON BRITO

**APROBO**

MODULO FORMACION EN SECRETARIADO (INFORMATICA)

DURACION 112 HORAS

SUPERVISOR CENTRO COMERCIAL REGIONAL MAGDALENA

Jefe de Area

Santa Marta 28-06-96

Ciudad y Fecha de Terminación

Registro y Certificación

Comercial

Centro de Formación

960443 - 10-02-97

No. y Fecha de Registro

PANAMERICANA

CERTIFICADO DE APROBACION F5 - 138 / 10-96

TALENTO COOPERATIVO

# Certifica que:

Helger Alarcón Brito

Participó en Capacitación Atención al Usuario con Inteligencia Emocional

Realizado(a) en Santa Marta, 19 de marzo de 2010

M.T. Correal.

Capacitador (a)

---

República de Colombia

Ministerio de Salud

O.P.S. - I.N.S.

Secretaría de Salud del Magdalena

# CERTIFICAN:

Que: ELGER ALARCON

Asistió al Primer Seminario de Medicina Transfusional

En Santa Marta, durante los días 12 y 13 de Noviembre de 1.992

En calidad de: ASISTENTE

REGINA CHIN
Coordinadora Nacional Banco de Sangre

JUAN DIAZGRANADOS GAMEZ
Secretario de Salud del Magdalena

CORTESIA INSTRUCLINICOS

# IX Simposio de Enfermería

"Enfermería líder en el proceso de urgencias,
Atención segura y Humanizada"

**CERTIFICA QUE:**

## HELGER ALARCON BRITO

*Participó en el Noveno Simposio de Enfermería organizado por la Fundación Cardiovascular de Colombia en Santa Marta – Colombia el día 7 de Abril de 2017.*

**Juan Carlos Castellanos**
Gerente
Instituto del Corazón Santa Marta FCV

HospitalFcv Santa Marta

**Kelly Rodríguez**
Jefe de Enfermería
Instituto del Corazón Santa Marta FCV

---

ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS CERTIFICADAS – ANDEC

# ANDEC NACIONAL

- CERTIFICA QUE:

## HELGER ALARCON

ASISTIO SEMINARIO REGIONAL DE ACTUALIZACION

Septiembre 2,3,4 de 2004

AUDITORIO CENTRO TEYUNA –SANTA MARTA

Intensidad 20 horas

LUZ MARIELA AGUDELO ALVAREZ

Presidenta

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

**RESOLUCIÓN No. 47-0679**

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, HELGER **ASTOLFO ALARCÓN BRITO** identificada con cédula de ciudadanía Nº 12.558.761 ha solicitado el registro de su TITULO de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** que le otorgó: EL CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO, según Acta de Certificación No. 044 de 30 de Agosto de 1.991.

**RESUELVE:**

ARTÍCULO UNICO: Autorizar a **HELGER ASTOLFO ALARCÓN BRITO** 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 07 MAY 2003

**SECRETARIO DE SALUD DEL MAGDALENA**

**COORDINADOR**

Proyectado por Consuelo Sepúlveda

**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

8306

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General -2023-09-05→9:29:08 AM**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 12558761 | HELGER | ASTOLFO | ALARCON | BRITO | 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) HELGER ASTOLFO ALARCON BRITO identificado(a) con CC 12558761 registra La siguiente información:**

**2023-09-05→9:29:08 AM**

**Información Académica**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | Auxiliar en enfermería | 2003-05-07 | 679 | 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*

# *Helger Alarcón Brito*

## *CC 12558761 de Santa Marta - Magdalena*

Realizó y aprobó el Diplomado en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual con enfoque diferencial - Código Fucsia / Sentencia C-055-2022
con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2022-06-17
Fecha de vencimiento: 2024-06-17

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

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*

# *Helger Alarcón Brito*

## *CC 12558761 de Santa Marta - Magdalena*

Realizó y aprobó el Curso en Soporte Vital Básico RCCP (BLS)
con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2022-06-17
Fecha de vencimiento: 2024-06-17

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

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*

# *Helger Alarcón Brito*

## *CC 12558761 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: 2023-09-05
Fecha de vencimiento: 2025-09-05

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

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*

# *Helger Alarcón Brito*

## *CC 12558761 de Santa Marta - Magdalena*

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Decreto 1033 de 2014.
con un total de 100 Horas.

Fecha de emisión: 2023-09-05
Fecha de vencimiento: 2025-09-05

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

LABORATORIO CLÍNICO
MARTINEZ

# CONCEPTO MÉDICO

**Motivo de consulta:** Ingreso

**Fecha de consulta:** 19/07/20

## Información paciente

**Empresa:** SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
**Nombre completo:** HELGER ASTOLFO ALARCON BRITO
**Responsable:** El mismo paciente
**Cargo:** AUXILIAR DE ENFERMERIA
**Edad:** 58
**Estado civil:** Soltero
**Teléfono:**
**N° hijos:** 2
**EPS:** Nueva EPS

**Empresa en misión:**
**Identificación:** CC: 12558761
**Acompañante:** Ninguno
**Fecha nacimiento:** 27/07/1963
**Genero:** Masculino
**Escolaridad:** Técnica
**Dirección:** Magdalena, Santa marta,
**ARL:**
**AFP:** Colpensiones



## Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

## Concepto de aptitud

Apto para la labor.

## Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

## Recomendaciones especificas

**HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. VALORACI**
**CON CIRUGIA GENERAL Y DERMATOLOGIA POR EPS**
**SE RECOMIENDA EVITAR MANIPULAR CARGAS SUPERIORES A 20 KGS.**

**NOTAS: DEBE CUMPLIR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD EMPRESARIAL PARA EL MANEJO DEL COVID 19**

**Pedro Francisco Manjarres Palacio**
**Profesión:** Medico especialista en sst
**Registro:** 70584

**Aspirante o trabajador**
HELGER ASTOLFO ALARCON BRITO
**Identificación:** CC: 12558761



Escaneado con CamScanner

esimed

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

**CERTIFICA:**

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de Nómina Kactus, el (la) Sr (a) **HELGER ASTOLFO ALARCON BRITO**, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No. **12.558.761**, labora con esta empresa desde el 1 de septiembre de 2009, con contrato de trabajo a término Indefinido, en la actualidad desempeña el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, con una asignación salarial mensual de Ochocientos cincuenta y tres mil trescientos setenta y cuatro Pesos M\cte ($ 853.374,00) y una asignación mensual no salarial de **Cero de ($ 0,00) Pesos M\cte**.

Como constancia de lo anterior, se expide este documento en la ciudad de Bogotá D.C., a los 04 días del mes de julio de 2018.

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea 7957155 Ext: 6519 - 6520, citando el consecutivo 169523.

Cordialmente,



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

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

La Solución Laboral Para Su Empresa

# Presencia Inteligente Ltda.

SERVICIOS TEMPORALES

Nit: 802.005.344-0

Barranquilla, 01 de noviembre de 2007.

SEÑOR(A):
**HELGER ASTOLFO ALARCON BRITTO**
CLINICA LA MILAGROSA
SANTA MARTA

**REF: TERMINACION LEGAL CONTRATO DE TRABAJO.**

Teniendo en cuenta que se ha cumplido la labor u obra contratada, para lo cual requerimos de sus labores como Trabajador en Misión en la ENTIDAD:CLINICA LA MILAGROSA , nuestro cliente usuario y con fundamento en las disposiciones consagradas en la Ley 50 de 1990, que regulan las relaciones laborales de los Trabajadores en Misión de las Empresas de Servicios Temporales , nos permitimos comunicarle que a partir de la finalización de la jornada laboral del día 08 de Diciembre de 2007, damos por terminado el Contrato de Trabajo suscrito con usted el día 09 de Diciembre de 2006.

Puede pasar por la Oficina de Recursos Humanos, para la cancelación de sus Prestaciones Sociales a que tiene derecho.

En nombre de la Empresa doy mis agradecimientos por los servicios, que a bien tuvo prestar a nuestros usuarios a través de nuestro conducto.

Atentamente,

ARELYS MELENDEZ ARRIETA
GERENTE

RECIBI: 12.378 76 de: SF MT

c.c. Hoja de vida

Como Notaria Tercera de éste Circuito hago constar que ésta COPIA coincide con la copia que he tenido a la vista.(ART. 36 Dto. 2148 de 1983)
- 9 MAYO 2008
ROSA VICTORIA CAMPO RODRIGUEZ
NOTARIA TERCERA
SANTA MARTA D.T.C.H.

Carrera 48 No. 70-77 – Tels.: 3607422 – 3584324 – Telefax: 3605767
Barranquilla - Colombia

GESTION Administrativa IAC
NIT 900.218.782-3

**IAC GESTIÓN ADMINISTRATIVA**
OUTSOURCING DE INFORMACIÓN RECURSOS HUMANOS PARA

**CORPORACION IPS SALUDCOOP**
**NIT.: 830106376**

**CERTIFICA**

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de nómina el (la) señor(a) **HELGER ASTOLFO ALARCON BRITO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **12.558.761**, labora en la empresa **CORPORACION IPS SALUDCOOP** desde el día **1 de septiembre de 2009**, con contrato de trabajo a término Indefinido. En la actualidad desempeña el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, con una asignación salarial mensual en modalidad Fijo de **Setecientos ochenta y un mil setecientos ******* Pesos M\cte ($ 781.700,00)** y una asignación mensual no salarial de **Cero de ******* ($ 0,00) Pesos M\cte**.

En constancia de lo anterior, se expide este documento en la ciudad de Bogotá D.C., a los 13 días del mes de diciembre de 2013.

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra linea de atencion número (091) 3171820 Ext. 351/352, citando el consecutivo -1.

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

LUZ DARY CAICEDO SANCHEZ
*Directora Nacional de Recursos Humanos*
*IAC Gestión Administrativa*
*Nota: Firma escaneada valida solo para certificación laboral portal de nómina electrónica (Mayo 8 2013)*

***La Institución Auxiliar del Cooperativismo Gestión Administrativa advierte que el presente documento fue extraído directamente por sistema mediante la utilización del usuario personal e intransferible asignado para tal fin al trabajador. Por consiguiente, ni la Empresa ni el titular que la suscribe se hace responsable por los usos inapropiados o diversos que se hagan del mismo.***

NOTA. Firma válida únicamente para certificaciones vía WEB.

petroservicios ltda.

EN CUMPLIMIENTO DE LOS PRECEPTOS LEGALES

CERTIFICAMOS

Que el señor HELGER ALARCON BRITO
identificado con la cédula de ciudadanía No. 12.558.761
expedida en Santa Marta , prestó sus servicios en esta Empresa
durante el período comprendido entre el 9 de DICIEMBRE
de 1992 y el 3 de Febrero de 1993 , siendo -
su última ocupación la de ENFERMERO
con un salario básico de OCHO MIL QUINIENTOS NOVENTA
( $ 8.590.oo ) por DIA TRABAJADO

OBSERVACIONES :

Se expide en Rioahcha Febrero 3 de 1993

PETROSERVICIOS LTDA,

ING? ALFONSO MUÑOZ BERNAL
REPRESENTANTE

Recibida :

_____

# 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 12558761 **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 08/09/2023 02:09 AM

_____

**Dirección de Gobierno Digital**

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

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | Única | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | 10-12-07 | Fuh 20100400 | Karen Cuevas |
| | 2 | 11-01-08 | H0431040. | Ampuero Rojas |
| | 3 | 11-02-08 | 0481029. | Karen Robles |

| Biológico | Fecha | Fabricante y Lote | Validez | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Contra Influenza | | | | |
| | 10-12-07 | UH385AA | | Sandra Hernandez |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Escaneado con 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 ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

***POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNÒ***

**Ministerio de la Protección Social**
República de Colombia

Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

**Certificado de Vacunación del Adulto**

| | |
|---|---|
| **Nombres:** | Helger. Astolfo. |
| **Apellidos** | Alarcon. Brito |
| **Documento de Identidad:** | CC [X] TI [ ] PASA PORTE [ ] No. 12.558.761. |
| **Fecha de Nacimiento:** | Día: 27 Mes: 07 Año: 1963 |

Escaneado con CamScanner

Función Pública

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

| Tipo de declaración | OTRO | Fecha de publicación | 2023-02-13 09:57 |
|---|---|---|---|

| Nombres y apellidos completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| HELGER | ASTOLFO | ALARCON | BRITO |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 12558761 |
|---|---|---|---|

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/ uotra 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 | CONTRATIST |
|---|---|

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 prestacióndel 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 | $1.500.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | $1.500.000,00 |

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 dejunta 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) HELGER ASTOLFO ALARCON BRITO identificado(a) con CC 12558761 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| Fecha de Activación de | 01/01/2019 |
| Estado de la Afiliación: | ACTIVO |
| IPS: | UT BIENESTAR IPS CLINICA AVIDANTI SANTA MARTA I NIVEL |
| Categoría: | A |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 5 días del mes de septiembre del año 2023.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **HELGER ASTOLFO ALARCON BRITO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **12558761,** se encuentra afiliado/a desde **16/12/1992** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 05 de septiembre de 2023.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **HELGER ASTOLFO ALARCON BRITO** con **CC** No. **12558761**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| **Contratante:** NI 891780185 - HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | **Fecha de última cobertura:** 01/09/2023<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 01/09/2023<br>**Fecha fin de Contrato:** 31/12/2023<br>**Clase de Riesgo:** 3<br>**Cargo :** AUXILIARES DE ENFERMERIA Y ODONTOLOGIA<br>**Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO |

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20230101975027.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 5 días del mes de septiembre de 2023.

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

| HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E. | FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL | CODIGO: FINC4F<br>VERSION: 002<br>FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021 |
|---|---|---|

| Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación |
|---|---|---|
| SANTA MARTA | | |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| Nombres y Apellidos | HELGER ASTOLFO ALARCON BRITO | | | | | | | | | | | | | | | | Sexo | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | M | X | F | |

| Tipo de Documento | | | | | | | | | Número | Expedida en | Fecha de Expedición |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. | X | C.E | | T.I | | R.C | | PP | | 12,558,761 | SANTA MARTA - MAGDALENA | 12/9/1981 |

| Estado Civil (Seleccione) | | | | | Nivel educativo | | | | No. Personas a cargo | Tipo de Vivienda | | | Zona Ubicación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Soltero | Casado | Divorciado | U. libre | Viudo | Primaria | Bachiller | Técnico | Universidad | | Propia | Arrendada | Familia | Rural | Urbano |
| | | X | | | | | X | | 1 | | | X | | X |

| Fecha nacimiento | | | Lugar de Nacimiento | Direccion Domicilio | Municipio / Ciudad | Departamento |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 27 | 7 | 1963 | SANTA MARTA | CALLE 27 # 7A-52 LA ESPERANZA | SANTA MARTA | MAGDALENA |

| Correo Electrónico | No. Celular | Telefono |
|---|---|---|
| helgeralarconbrito@gmail.com | 300 468 7015 | 0 |

| Ocupación (Seleccione) | | | | | | | | | | | | Actividad Principal CIIU | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estudiante | | Independiente | X | Empleado | | Hogar | | Jubilado | | | | 8 | 9 | 6 | 3 |

| Detalle Actividad Económica | Descripción del CIIU |
|---|---|
| TECNICO EN ENFERMERIA | AUXILIAR DE ENFERMERIA |

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

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

## 2. DATOS LABORALES

| Nombre de la Empresa o Negocio | Tipo de Empresa o Negocio | | | | | | | Cargo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIV. JULIO MENDEZ B. | Publica | X | Privada | | Mixta | | Otra, cual? | AUXILIAR DE ENFERMERIA |

| Dirección de empresa o negocio | Ciudad | Barrio | No. Teléfono |
|---|---|---|---|
| CARRERA 14 # 23-42 | SANTA MARTA | ALCAZARES | 436 5701 |

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

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| Total Ingresos Mensuales | $1.800.000 | Total Egresos mensuales | $1.000.000 |
|---|---|---|---|
| Otros Ingresos Mensuales | 0 | Otros Egresos Mensuales | 0 |
| Total Activos | 0 | Total Pasivos | 0 |
| Mes y año de corte de la información financiera suministrada | Mes 12 Año 2022 | Es declarante? | SI NO X |

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

SOY SERVIDOR PUBLICO SIN MANEJO DE RECURSO NI GRADO DE PODER

**Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?**

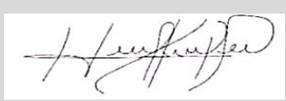
NO

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

NO

## 4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.
Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.
Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los





## 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**