

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, Diana Elizabeth Bocanegra identificado con Cédula No. 57-292-593 y Profesión Artes Gráficas 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 HJMB con fines de contratación.

FIRMA: Diana Elizabeth Bocanegra

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://slj.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 Título (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/		

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

57.292.593

MIZAR NOCHES

APPELLIDO

DINA LUZ

NOMBRES

Dina Luz Mizar Noches



FECHA DE NACIMIENTO 17-SEP-1981

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62

O+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

19-ABR-2001 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

RECTOR DERECHO

REGISTRO NACIONAL
MAGDALENA



P-2100100-01000022 F-0057292593-00180508

00610/1985A 1

0004280177

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **57292593**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	57292593	MIZAR	NOCHES	DINA	LUZ	2022-06-17, 10:31 am

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	57292593	MIZAR	NOCHES	DINA	LUZ	2022-12-13, 5:19 pm

El (la) suscrito(a) Dina Luz Nizar Noches identificado con C.C./C.E./P.P No. 57.292.593 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
Cédula

Dina Luz Nizar Noches
57.292.593



Accede al sistema

UTC -5 1:01:29
DINALUZ MIZAR NO.



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Inicio -- Configuraciones de Perfil

Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario

Género: Mujer

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Título

Nombre: DINALUZ

Apellidos: MIZAR NOCHES

Fecha de nacimiento: 17/09/1981 (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)

Nombre y apellido: DINALUZ MIZAR NOCHES

Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía

Número de documento: 57292593

Dirección

Código postal

Estrato: 2

Ubicación: Santa Marta

País: COLOMBIA

Correo electrónico: MIZARONALUZ@GMAIL.COM

Teléfono

Celular: 3017559046

Nivel Educativo: Técnica o tecnológica completa (con o sin título)



Configuración

Zona horaria: (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

Idioma: Español (Colombia)

Configuración regional: Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad: ¿Cuáles su número de teléfono?

Respuesta: 3017559046

SMS para recuperar la contraseña: 3017559046

Editar

Santa Marta

Doctor

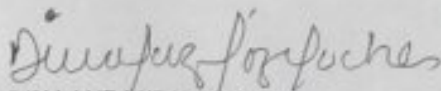
GERMAN GAVIRIA VARGAS

E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Cordial Saludo;

A solicitud de su respetada institución, yo: **DINA LUZ MIZAR NOCHES**, identificada con Cedula de ciudadanía N° **57292593**; solicito a usted me permita ingresar como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el hospital universitario julio mendez barrencehe, Espero reunir las condiciones para tal cargo.

Atentamente;



DINA LUZ MIZAR NOCHES

CC 57292593 DE SANTA MARTA Magdalena

2. Concepto **01** Inscripción

4. Número de formulario

14828994792



(415)7707212489984(8020) 000001482899479 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

5 7 2 9 2 5 9 3

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Santa Marta

14. Buzón electrónico

9

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

5 7 2 9 2 5 9 3

27. Fecha expedición

2 0 0 1, 0 4, 1 9

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Magdalena

4 7

30. Ciudad/Municipio

Santa Marta

0 0 1

31. Primer apellido

MIZAR

32. Segundo apellido

NOCHES

33. Primer nombre

DINA

34. Otros nombres

LUZ

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Magdalena

4 7

40. Ciudad/Municipio

Santa Marta

0 0 1

41. Dirección principal

CL 10 A # 24 A 96 BRR Juan xxIII

42. Correo electrónico

mizardinaluz@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono

3 0 1 7 5 5 9 0 4 6

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

0 0 1 0

47. Fecha inicio actividad

1 9 9 9, 0 5, 1 9

Actividad secundaria

48. Código

8 6 9 2

49. Fecha inicio actividad

2 0 0 1, 0 8, 1 5

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

2 0

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

X

NO

60. No. de folios:

2

61. Fecha

2022 - 05 - 19 / 12 : 42: 00

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 MIZAR NOCHES DINA LUZ

985. Cargo Contribuyente



Liberty Order

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

Leyes 190 de 1995, 430 y 443 de 1998

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Mora		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Nacha		NOMBRES Dina Luz	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 87260383			SEXO F ☒ M ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐			NÚMERO D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA: DIA 17 MES 09 AÑO 1991 PAS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO SANTA MARTA			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA calle 10A 24A-96 PAS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO SANTA MARTA TELÉFONO EMAIL nicardinala@gmail.com		

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6to. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11to. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)									
EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO) DIGITE EN ESTE PUNTO EN ESCRITO EN ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA: TE (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA) ES (ESPECIALIZACIÓN) MS (MAESTRÍA O MAGISTER) DDC (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		ALDELLAR ENFERMERIA	07	2021			
CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS									
MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACIÓN					
				MES	AÑO				
ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLE, LEE, ESCRIBE DE FORMA REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB):									
IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 180 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual.

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENEQUE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
			Día	19	Mes	07	Año	2022	Día		Mes	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD			DEPENDENCIA UCI NEONATAL - UCI PEDIÁTRICA					DIRECCIÓN CARRERA 14 - 23-42				
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD KIDANTI CLINICA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
			Día	19	Mes	08	Año	2022	Día		Mes	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AREA DE URGENCIA					DIRECCIÓN CARRERA 4A - 26A 71				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA BAHIA INVERSIONES AZUL S.A.S				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
			Día	30	Mes	12	Año	2019	Día	13	Mes	05
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AREA CIRUGIA					DIRECCIÓN CARRERA 19 - 19-25				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA MILAGROSA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
			Día	23	Mes	03	Año	2018	Día	17	Mes	03
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AREA DE HOSPITALIZACION					DIRECCIÓN CALLE 22 - 13A 08				

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

Forma 1001 de 1998, 1002 y 1003 de 1999

EXPERIENCIA DE DOCENTE									
INSTITUCIÓN EDUCATIVA	PÚBLICA	PRIVADA	OTRO						
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			OCASIONADO ELECTRONICO					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO					
	DI	ME	AÑO	DI	ME	AÑO			
ÁREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO			DIRECCIÓN					

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVICIO PÚBLICO	0	11
EMPLADO DEL SECTOR PRIVADO	0	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	0

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCAPACITACIÓN DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA EJERCER CARGOS SERVIDOR PÚBLICO O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ASOCIADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA SON VERACES. (ARTÍCULO 84 DE LA LEY 1098)

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Diego Uribe Izquierdo
57-292.593.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

Acercar

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 480 y 963 de 1996)

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

UNA COPIA DE ESTE AL CUENTE No. 800007111 PASADO POR: www.bancoprotector.com.co



En República de Colombia

Y en su nombre

Instituto Departamental Laura Vicuña

Distrito Curístico, Cultural e Histórico de Santa Marta

(Magdalena)

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 273
del 4 de Noviembre de 1.997

Confirre a:

Dina Luz Mizar Noches

Identificada (a) con C.P. # 96.845 de Sta. Mta.

El Título de:

Archiller Académico

Especialidad en Ciencias Naturales

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

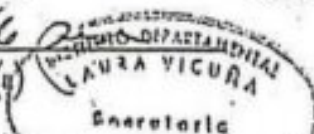
Claudia Sagar

Rector (a)



Yany R...

Secretaria (a)



Expedido en

Santa Marta, el 18 de Dic. de 1.998

Aus

ceda al Folio No. 94 del Libro de Registro No. 1

en Sta. Mta el 18 de Dic. de 1998

Escaneado con CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

DINA LUZ MIZAR NOCHES

Con Cédula de Ciudadanía No. 57.292.593

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral
y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad le confiere el

Certificado de Aptitud Profesional

Para desempeñarse como:

**TRABAJADOR CALIFICADO EN
AUXILIAR DE ENFERMERIA**

Con una duración de 4241 Horas

En testimonio de lo anterior se firma el presente en Santa Marta
A los Veintiocho (28) días del mes de Julio de Dos Mil Veintiuno (2021)

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

0537

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL PARAGUAY

En ejercicio de las atribuciones legales y en especial las conferidas por las Leyes Nacionales Nos. 62085 del 7 de febrero de 1985 y 6143 del 2 de febrero de 1992, por el Decreto 1875 de 1994, emanados del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO

1. - Que corresponde a las Direcciones Seccionales de Salud, en su area de influencia ejercer el control y vigilancia de los auxiliares de la salud, mediante el registro e inscripcion de los certificados expedidos por las instituciones de educacion no formal, para su debido ejercicio.

2. - Que DINA LUZ MIZAR NOCHES, con cédula de ciudadanía No 57 297 553 en Santa Marta, ha solicitado a la Secretaria de Desarrollo de la Salud el Registro e inscripcion de su certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA que le otorgó EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA. Según acta de grado No. Y fecha de registro SGC20001CC00028 del 17 de Agosto de 2001.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar al certificado como AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado a DINA LUZ MIZAR NOCHES, con cédula de ciudadanía No 57 297 553 en Santa Marta, por el SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA.

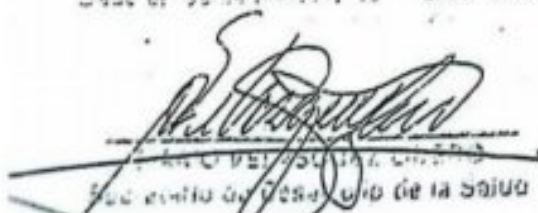
PARAFO: Esta resolución tiene validez en todo el territorio nacional

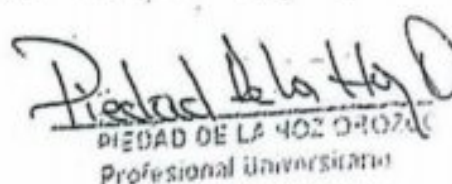
ARTICULO SEGUNDO: Notificar personalmente a Dina Luz Mizar Noches, el otorgamiento de la presente Resolución conforme a lo establecido en el Decreto No. 01 de 1994

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Santa Marta a los días dieciséis de del 2001

04 OCT 2001


Secretario de Desarrollo de la Salud


DINA LUZ MIZAR NOCHES
Profesional Universitario

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:

En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960520

Horario de atención:

Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua

[Saludados, enfermos y personas PORSO](#)

[Notificaciones y alertas](#)

[Términos y condiciones de uso](#)

7009

Centro

2107

Verificar Registro en ReTHUS

Logout

Resultado General - 2023-06-06 - 2:27:12 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	57262593	DINA	LUZ	MIZAR	NOCHES	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 160 y 161 del Decreto Ley 2596 de 2019, una vez revisados los bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (a) señor(a) DINA LUZ MIZAR NOCHES identificado(a) con CC 57262593 registra La siguiente información:

2023-06-06 - 2:27:12 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Otorgado Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio especial Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2021-10-04	EST	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 acreditan 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, título profesional, matrícula profesional, etc.), Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).



**ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA
SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL**

Otorga el presente certificado a

DINA LUZ MIZAR NOCHES
C.C. 57.292.593

por haber asistido y aprobado el curso:

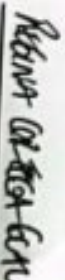
**Atención Integral en Salud a Víctimas
de Violencia Sexual y de Género.**

Realizado en modalidad virtual, del 13 al 16 de Mayo del 2022,
con una intensidad horaria de 40 horas.

El curso cumple con lo establecido en la Res 3100 del 2019, y lo exigido en
la ley 1146 del 2007 y Res. 0459

Aprobado resolución 3228 del 2017 y Bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8.


Javier Ariano Rios
Director ACCES


Regina Ortega Gual
Psicóloga


Alfredo Bolyvar/Tavera
Médico PE RITO

U 318.5954676 / 318.5954676



ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Otorga el presente certificado a

DINA LUZ MIZAR NOCHES

C.E. 57.292.593

por haber asistido y aprobado el curso:

**REANIMACION CARDIO PULMONAR (RCP)
BAJO LINEAMIENTOS AHA - SOPORTE VITAL BASICO (BLS)**

Realizado en modalidad virtual, del 6 al 8 de Mayo de 2022.

Con una intensidad de 20 horas.

El curso sigue los lineamientos de actualización establecidos por la American Heart Association 2020

Organismo que establece los parámetros de reanimación.

El curso sigue lineamientos de acuerdo a la resolución 3100 del 2019.

Aprobado resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8


Javier Allario Roa
DIRECTOR ACCES

CENTRO DE FORMACIÓN EMPRESARIAL
 NIGHTINGALE
NIT 900428810-2

HACE CONSTAR QUE:

DINA LUZ MIZAR NOCHES

Identificado con c.c. No. 57292593

Asistió y Aprobó El Diplomado en:

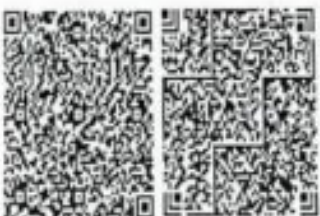
**ATENCION INTEGRAL EN CUIDADOS
INTENSIVOS PEDIATRICO Y NEONATAL**

EDUCACION INFORMAL, DECRETO 4904 DEL 2009
DICTADO EN IBAGUÉ - TOLIMA, EN EL MES DE ABRIL DEL 2021 DURACION 160 HORAS: CERTIFICADO VALIDO POR 2 AÑOS
PARA LA VERIFICACION DE ESTE CERTIFICADO, COMUNIQUESE AL EMAIL: NIGHTINGALE.EU.2011@GMAIL.COM / 3213694062



57292593 / 2021


GERMAN AUGUSTO PIÑEROS RUIZ
DIRECTOR CIENTIFICO



HACE CONSTAR QUE:

DINA LUZ MIZAR NOCHES

Identificado con c.c. No. 57292593

Asistió y Aprobó El Diplomado en:

**ATENCION INTEGRAL EN CUIDADOS
INTENSIVOS ADULTO**

EDUCACION INFORMAL, DECRETO 4904 DEL 2009
DICTADO EN IBAGUE - TOLIMA, EN EL MES DE ABRIL DEL 2021 DURACION 160 HORAS: CERTIFICADO VALIDO POR 2 AÑOS
PARA LA VERIFICACION DE ESTE CERTIFICADO, COMUNIQUESE AL EMAIL NIGHTINGALE.EU.2011@GMAIL.COM / 3213694962



57292593 / 2021


GERMAN AUGUSTO PIÑEROS RUIZ
DIRECTOR CIENTIFICO





Otorga el presente certificado a

DINA LUZ MIZAR NOCHES

C.C. 57.292.593

por haber asistido y aprobado el curso:
HUMANIZACIÓN DE SERVICIO Y

Gestión del Duelo

Realizado en modalidad virtual los días 12 al 18 de Abril del 2022,
con una intensidad horaria de 60 horas.

El curso cumple con lo establecido en la Res 3100 del 2019,

Aprobado resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8.

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACCES



**ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA
SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL**

Otorga el presente certificado a

INIZAR NOCHES DIANA LUZ
C.C. 57.292.593

Por haber asistido y aprobado el curso:

**HAZMAT
& MEDICO**

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES
CON AGENTES QUÍMICOS Y EXPOSICIÓN
A SUSTANCIAS O MATERIALES PELIGROSOS
DE ACUERDO A LA NORMA NFPA 472

Realizado en modalidad virtual del 6 al 7 de Mayo del 2021
con una intensidad horaria de 40 horas.

El curso cumple con lo exigido por la Res. 2102 del 2010, bajo estándares internacionales (NFPA 472).
Aprobado: Resolución 2208 del 2017 y bajo Leyes 1317 del 2010 Art. 2.3.9.2


Carlos Alfonso Vique
DIRECTOR ASISTENTE SANTA MARTA

info@acesa.com.co 318 5954676 / 470 8563

Certificado de
Aptitud Laboral
Ingreso
Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 04 Jun 2021, Hora: 07:41:34 a.m.
Apellido: Motta Nader
Tipo Documento: CC
Empresa: Enfoque
Cargo: Auxiliar De Enfermeria
Direccion: C/ 1da N 24x36 Juan 21
Telefono: Cabaes 2017330040 Email: Estado Chile-Inform
Ciudad: No Aplica
Peso: 70 Kg Estatura: 165 Cm - IMC: 27.9 Rastreador: Tendencia Laboral Jornada Laboral: Sin Definir
EPS: Saludtotal - ARL: Ruta - AFP: Prevenir

Nombre: Diana Luz
Nro. Identidad: 97282393

HC: 9 93732
Edad: 40 años
Sexo: Femenino
Nacimiento: 17-Sep-1980
Rut: 0*

Exámenes Realizados

Examen Con Estado De Responsabilidad

Cargos

Sin Recomendaciones Al Examen De Ingreso

Recomendaciones

Higiene Personal
Examen Regular
Indicación Al Sitio De Trabajo
Evitar De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Demanda
Realizar Pruebas Activas
Uso De Tapabocas Permanente
Cumplir Con Las Normas De Responsabilidad

Otras: Usar Equipo De Protección Para Covid 19

Otras Pruebas

Mirta Nader Galarraga
Méd. Especialista En Medicina Del Trabajo Y
Salud Ocupacional
Lic. de S.O.R. 1723
Registro N° 356



Diana Luz Motta Nader
CC 97282393

Identificación
Digital

Alle 21 N° 14-33 Barrio Alcázares Email: alsomitda@hotmail.com Tel: 4364299 - 4361998 - 3217551107



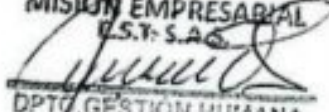
El Suscrito Coordinador de Gestión Humana de
MISION EMPRESARIAL E.S.T S.A.S

CERTIFICA

Que el señor(a) **MIZAR NOCHES DINA LUZ** identificado (a) con cédula de ciudadanía N° 57292593 presentó contrato como empleado en misión en la empresa usuaria **CLINICA LA MILAGROSA S.A.** en los siguientes periodos por el término que duró la realización de la obra o labor contratada.

CARGO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE FINALIZACION DE LA OBRA	SUELDO
AUXILIAR DE ENFERMERIA	23/03/2018	17/03/2019	828116

Se expide la presente certificación en la ciudad de Barranquilla a los 19 días del mes de julio del 2019

MISION EMPRESARIAL
E.S.T. S.A.S.

DPTO. GESTION HUMANA
JOSELINA BUELVAS AMAYA
Dpto. de Gestión Humana
Tel 3692698 Ext. 111

Nota: los datos suministrados en el presente documento pueden ser verificados en nuestras líneas telefónicas 3692698 en horario de lunes a viernes de 8:00 a 12:00 am

Carrera 49 N°. 72-148 oficinas 6
Tel 3692698
Barranquilla - Colombia

A QUIEN INTERESE:

Hacemos constar que el(a) señor(a) **MIZAR NOCHES DINA LUZ**, identificado (a) con cédula de ciudadanía N° 57292593 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 1 de abril de 2019 hasta el 29 de febrero de 2020

Devengo un salario básico mensual \$902.646,00

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

Se expide la siguiente certificación el 29 de febrero de 2020.

Atentamente,

Yaneth Tovar S.

YANETH TOVAR SIERRA
Representante Legal

CENTRO EMPRESARIAL CALLE 75 NO. 59 - 36 OF 3C --- Teléfono PBX 3854043
Barranquilla - Colombia



GESTION LABORAL INTEGRAL S.A.S.
NIT 900.422.816-9

CERTIFICA

Que el (a) señor (a) **MIZAR NOCHES DINA LUZ**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No 57262598, estuvo vinculado(a) laboralmente en **GESTION LABORAL INTEGRAL S.A.S.**, con un contrato a POR OBRAS O LABOR como trabajador en relación en la empresa usuaria **INVERSIONES AZULUD SAS**. Desde el 23 de diciembre de 2019, hasta el 20 de diciembre de 2020, desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** con un salario básico de, \$ 877.803,00, Mensuales.

Este Contrato fue finalizado por **TERMINACION CONTRATO**.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el día 04 de marzo de 2022.

Cordialmente,



Diana Noches Mizar

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 57292593 **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 01:45 AM

Dirección de Gobierno Digital

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

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombre: **Dina Luz**
Apellidos: **Hizar Noches**

Documento de identidad: C.C. 11 Pasaporte No **57292543**

Fecha de nacimiento: Día **17** Mes **09** Año **1931**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
	2			
Toxoides Tetánico Difterico Td	1	25-05-16	D2272	AraC
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	19-01-17	UVG 14027	Guduz
	2	24-07-17	UVG 14024	Lizbeth
	3	20-10-17	03276015EE	Flut
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	Una	17-03-17	US0217018	ez
Virus de Papiloma Humano				

Tipo de declaración

INGRESO

Fecha de publicación

2023-09-10 17:50

Nombres y apellidos completos

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

DINA

LUZ

MIZAR

NOCHES

Documento de identificación

Tipo

CEDULA DE CIUDADANIA

Número

57292593

Lugar de nacimiento

País

COLOMBIA

Departamento

MAGDALENA

Municipio

SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País

COLOMBIA

Departamento

MAGDALENA

Municipio

SANTA MARTA

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

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

País

COLOMBIA

Departamento

MAGDALENA

Municipio

SANTA MARTA

Dirección

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

Cargo o función que cumple

CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACRENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$10.500.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$0,00
Gastos de representación	\$0,00
Arrendos	\$0,00
Honorarios	\$0,00
Otros ingresos y rentas	\$6.500.000,00
TOTAL	\$17.000.000,00

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	\$100,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
TCR	\$5.000.000,00

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí ☐ No ☒

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí ☐ No ☒

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño:

Sí ☐ No ☐

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento Número

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

Sí ☐ No ☒

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí ☐ No ☒

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Si ☐ No ☒

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Si ☐ No ☒

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

STAMARTA, Octubre 29 de 2023

Señora:

MIZAR NOCHES DINA LUZ

CC. 57292593

CL 10A 24A 96 BRR JUAN XXIII 3022679295 - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Octubre 19 de 2018. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Permisos	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
MIZAR NOCHES DINA LUZ	57292593	C	05/10/2018	52	24	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
PAZIELA MIZAR SILVA ELENA	1084483026	T	05/10/2018	52	24	NILO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
PAZIELA MIZAR SEBASTIAN ALFONSO	1128133023	T	05/10/2018	52	24	NILO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ATSAIUD	57292593	Afiliado por lo que en la expedición de un contrato	CERRADO
AVESANTI S R L	57292593	Dependencia	VIGENTE
CENTRO DE BIENESTAR AL ANCIANO SAGRADOS CORAZONES	57292593	Dependencia	CERRADO
DINA LUZ MIZAR NOCHES	57292593	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	CERRADO
DINA LUZ MIZAR NOCHES	57292593	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
GESTION LABORAL INTEGRAL SAS	57292593	Dependencia	CERRADO
MISSION EMPRESARIAL EST SAS	57292593	Dependencia	CERRADO
SOLUCIONES LABORAL E A S	57292593	Dependencia	CERRADO
SUZ EMPLEO OPORTUNO	57292593	Dependencia	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT. 900.144.331-3

CERTIFICA QUE:

DINA LUZ MIZAR NOCHES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **57.292.593**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.

La presente certificación se expide el 29 de Octubre del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías S.A. - NIT. 900.144.331-3

Filial de **GRUPO AVAL**

Escaneado con CamScanner 



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 **DINA LUZ MIZAR NOCHES** con CC No. **57292593**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante

Contratante: NI 891780185 - HOSPITAL
UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Datos de la Relación Laboral

Fecha de última cobertura: 01/09/2023
Estado Afiliación: ACTIVO
Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE
Fecha de inicio de Contrato: 01/09/2023
Fecha fin de Contrato: 31/12/2023
Clase de Riesgo: 3
Cargo : AUXILIARES DE ENFERMERIA Y
ODONTOLOGIA
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 prórroga 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): 202301019155992.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 8 días del mes de septiembre de 2023.

Cordialmente

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

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita nacional: (+57) 01-8000-111-170 Teléfono: +57 (601) 330-7000 • www.positiva.gov.co

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón • defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

Positiva Compañía de Seguros • @PositivaCol • PositivaColombia • PositivaCol



MINISTERIO DE HACIENDA Y
CRÉDITO PÚBLICO

	FORMATO DE VINCULACIÓN DE PERSONA NATURAL		CODIGO: FPMAP VERSION: 002 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 19/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos		Sexo	
Aina Luz Mizar Noches		F	
Tipo de Documento		Fecha de Expedición	
CC ☒ CE ☐ TI ☐ NQ ☐ PP ☐		19/01/2002	
Número		Expedido en	
57.292.093		Sta Mta	
Estado Civil (Selección)		Nivel educativo	
Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ PP ☐		No. Personas a cargo	
Primaria ☐ Secundaria ☒ Tercera ☐ Superior ☐		Tipo de vivienda	
Propieta ☐ Alquilada ☒ Rentada ☐		Zona de ubicación	
Rural ☐ Urbana ☒			
Fecha nacimiento		Lugar de nacimiento	
17/04/1981		Sta Mta	
Dirección Domicilio		Municipio / Ciudad	
Calle 10a #24496 Juan 23		Sta Mta	
Departamento		Municipio / Ciudad	
Mag		Sta Mta	
Correo Electrónico		No. Celular	
Mizarluz2@gmail.com		3017559046	
Teléfono			
Ocupación (Selección)		Actividad Principal CIIU	
Culicario ☐ Independiente ☐ Empleado ☒ Hogar ☐ Jubilado ☐		B 16912	
Detalle Actividad Económica		Descripción del CIIU	
Auxiliar de enfermería		Atención al paciente crítico	

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

Número de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio	Cargo
	Pública ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otro, cuál?	Auxiliar de enfermería
Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Banco
Rta 26 # 28-42	Santa Marta	Alcazar
No. Teléfono		
Manga dinero del Estado o está expuesto públicamente?		
SI ☐ NO ☒		

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	\$ 1200.000	Total Egresos mensuales	\$ 1600.000
Otros Ingresos Mensuales	\$ 0.	Otros Egresos Mensuales	\$ 0
Total Activos	\$ 1200.000	Total Pasivos	\$ 1600.000
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Año	Es declarante?	SI ☐ NO ☒

¿Es servidor Público? Si es servidor público declare el manejo recursos públicos y/o declare algún grado de poder público o grado de reconocimiento Público?

Declaro que soy persona políticamente expuesta (PPE)?

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

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificación y demás productos provenientes de actividades todas las cuales trasciende a continuación:

y no excepto como propias, los depósitos que a mí/o(s) corresponden

afectados tentativamente con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano: a) en cualquier forma que lo modifique o adicione, si efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas

b) a quien represente sus derechos a título en el futuro la calidad de Agente, para: 1)

Acusar de manera expresa, permanente o eventual a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache; 2) Reportar, simular, actualizar, consultar, proveer, cumplir, inventariar, suministrar, grabar, editar y divulgar la información del suministrado a través de cualquier medio que considere conveniente; 3) Reportar, simular, actualizar, consultar, proveer, cumplir, inventariar, suministrar, grabar, editar y divulgar la información de carácter personal y/o financiero ante cualquier operador. Cuentas 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 relate con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercados, actualización o verificación de información de conformidad con lo preceptuado en la ley de bases de datos 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 consignará de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache; 2) me reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

reservo el derecho a controlar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache no utilizar o revelar ni información personal; 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Bases de Datos y Protección de Datos Personales; 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Baranache S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para innovar las obligaciones derivadas de las normas antes citadas; 5) Me

Aina Luz Mizar Noches

S. FROTA Y HUELLA

Declaro (juro) que la información aportada en el presente documento es veraz, habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (x) (x) (x).

