E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CODIGO: GJC12F VERSION: 06 FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 7/09/2023 PAGINA 1 de 1

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

FIRMA: _____

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía	✓	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://sijl.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	✓	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	✓	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)**	✓	
6	Propuesta de Servicios **(Mes Actual)**	✓	
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		
9	RUT - Registro Único Tributario **(Año 2023)**	✓	
10	Hoja de Vida – Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)**	✓	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)		
12	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual)**.		
13	Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) – **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**)		
15	Tarjeta Profesional	✓	
16	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)	✓	
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**).	✓	
19	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
20	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	✓	
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal – **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
23	Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*.		
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)		
26	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías*.		
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***).		
28	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
29	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 – Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (**Vigencia no superior a TRES (03) años)**		
30	Soporte de experiencia laboral.	✓	
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ ***previo registro en el sitio web.***	✓	
32	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)	✓	
33	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** – Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 **(Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año)**		
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)		
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)	✓	
36	Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.082.954.198

ALZATE LANCHEZ
APELLIDOS

KATHERIN PAOLA
NOMBRES

Katherin alzate
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-MAR-1992
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

19-AGO-2010 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2100100-00277430-F-1082954198-20110117 0025544496A 1 35566843

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: 1082954198

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1082954198	ALZATE	LANCHEZ	KATHERINE	PAOLA	2023-12-12, 3:01 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) Katherine Paola Alzate Conchez identificado con C.C./C.E./P.P No. 1082954198 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 12 del mes de Diciembre de 2023.

Firma Katherine Alzate
Nombre Katherine Paola Alzate Conchez
Cédula 1082954198

COPIA CONTROLADA

Colombia COMPRA EFICIENTE

Aumentar el contraste

UTC -5 15:40:36
KATHERINE PAOLA A...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

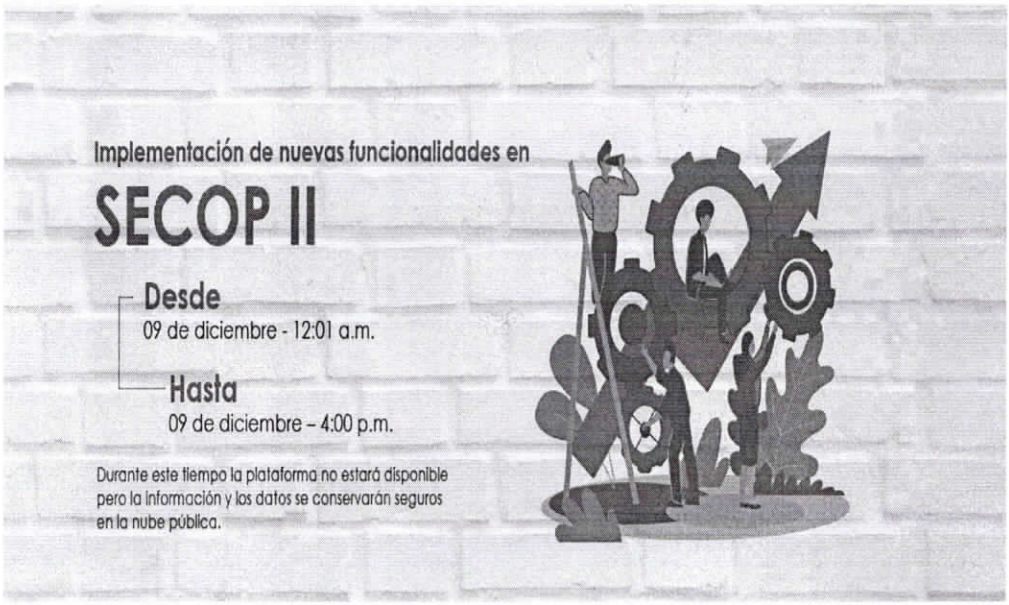
Última Actualización

0	0	0	0
Suscripciones	En edición	Adjudicaciones pendientes	Invitaciones directas

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Sugerencias SECOP



El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

Mensaje Todos

Sin mensajes...
Más información .

Oportun Recibidas

Sin oportunidades
Más información .

SANTA MARTA 12 DE DICIEMBRE DE 2023

DR.

GERMAN GAVIRIA VARGAS
Gerente
E.S.E Hospital Julio Méndez Barreneche

Asunto: Oferta de servicios.

Yo, KATHERINE PAOLA ALZATE LANCHEZ, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1082954198 Expedida en Santa Marta/Magdalena, presento mi propuesta y disposición como Enfermera Profesional, para prestar los servicios de Prestar servicios profesionales de enfermería, para Apoyar a la subgerencia asistencial en la atención y el cuidado del paciente, garantizando así la Prestación de los servicios de salud en las diferentes UPSS de la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, Por lo anterior me Comprometo a cumplir a cabalidad las obligaciones específicas, derivadas de la oferta y/o aquellas Contenidas en los estatutos de convivencia y oportunidades de contratación. PLAZO: Me someto al Plazo de contratación que establezca la Entidad de acuerdo a la necesidad del servicio. VALOR Y FORMA DE PAGO: Los servicios ofrecidos serán por la suma mensual que estime la Entidad de Acuerdo a su disponibilidad presupuestal. PERFIL: Adjunto al presente, me permito hacer llegar Copia de mi hoja de vida con los respectivos soportes legales necesarios para la contratación.

Cordialmente,

KATHERINE PAOLA ALZATE LANCHEZ
C.C. No. 1082954198 de Santa Marta/Magdalena
CEL: 3118063506
MAIL: kathealzate_08@hotmail.com
Dir: torres del cisne etapa 2 apto 307

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14892050046

(415)7707212489984(8020) 000001489205004 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 8 2 9 5 4 1 9 8	2	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 2 9 5 4 1 9 8	2 0 1 0 0 8 1 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
ALZATE	LANCHEZ	KATHERIN	PAOLA

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: URB I Sur I Sur BRR cantilito MZ (i) Casa - 14

42. Correo electrónico: kathealzate_08@hotmail.com

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

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
0 0 1 0	2 0 2 2 1 1 0 1						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios 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: 3 61. Fecha 2023 - 01 - 30 / 00 : 00: 26

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ALZATE LANCHEZ KATHERIN PAOLA

985. Cargo Contribuyente

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

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
Abet	Conchez	Katherine Paola

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1082954198 | SEXO: F (X) M ( ) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 08 MES 03 AÑO 1992

PAÍS: Colombia

DEPTO: Magdalena

MUNICIPIO: Santa Marta

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Torres del Cisne etapa 2 APAT 307

PAÍS: Colombia DEPTO: Magdalena

MUNICIPIO: Santa Marta

TELÉFONO: 3118063506 EMAIL: Katheabate08@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: Enfermero Jefe
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 27 AÑO 2023

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL

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

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
Ingles	X			X			X		

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD: Fresenios Medical Care	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Magdalena	MUNICIPIO: Santa Marta	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: Contratamos@hotmail.com	
TELÉFONOS: 3114861479 - 3114844324	FECHA DE INGRESO: DÍA 26 MES 05 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO: DÍA 30 MES 10 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: Enfermera Jefe de HD	DEPENDENCIA:	DIRECCIÓN: Cra 19 #11C-66	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD:	PÚBLICA:	PRIVADA:	PAÍS:
DEPARTAMENTO:	MUNICIPIO:	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO: DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO: DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO:	DEPENDENCIA:	DIRECCIÓN:	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD:	PÚBLICA:	PRIVADA:	PAÍS:
DEPARTAMENTO:	MUNICIPIO:	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO: DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO: DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO:	DEPENDENCIA:	DIRECCIÓN:	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD:	PÚBLICA:	PRIVADA:	PAÍS:
DEPARTAMENTO:	MUNICIPIO:	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO: DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO: DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO:	DEPENDENCIA:	DIRECCIÓN:	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2023	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta 12 de diciembre 2023

Kathleen Hazbi

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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

Katherin Paola Alzate Lanchez



INFORMACIÓN PERSONAL

Lugar y Fecha de nacimiento:	Santa Marta, Marzo 08 1992
Cédula de Ciudadanía:	1082954198 de Santa Marta
Estado Civil:	unión libre
Hijos:	uno (1)
Dirección:	Urb Cintilito MZ (i) Casa 14
Celular:	3118063506
Ciudad:	Santa Marta
Licencia de conducción	NO
Correo Electrónico:	kathealzate_08@hotmail.com

PERFIL PROFESIONAL

Enfermera profesional con una visión integral del cuidado a las personas, familias y comunidad con características y capacidades necesarias para iniciar y mantener buenas relaciones interpersonales, trabajo en equipo liderazgo, reconocimiento y oportunidades de mejora en la institución. Siempre dispuesta a recomendaciones para mi crecimiento personal y desempeño profesional.

También caracterizada por ser perseverante pro activa, positiva, con calidad, respetuosa y honesta, y tener un alto grado de compromiso y responsabilidad con habilidades para el cuidado de pacientes críticos.

EDUCACION SUPERIOR

Título:	Enfermera
Institución:	Universidad Cooperativa de Colombia (UCC)
Ciudad:	Santa Marta
Fecha de finalización:	27 de Enero 2023

CURSOS TECNICOS

Curso
Liderazgo En Enfermería: Empoderamiento De Las (os) Enfermeras (os) Lideres En Latinoamérica
OPS-Organización Panamericana De Le Salud
27-Octubre-2020

Diplomado
Cuidado Critico En Énfasis En Adaptación Respiratoria
Universidad Cooperativa De Colombia
04-Noviembre-2022

EXPERIENCIA LABORAL

Entidad:	Centro Hospitalario del Caribe (CEHOCA)
Lugar:	Área De Ginecobstetricia – GINECOLOGIA
Cargo	Enfermera
Fecha de ingreso	16 De Agosto
Fecha de retiro	15 De Noviembre

REFERENCIAS FAMILIARES

Nombre: Maykool Andres Gonzalez Rodriguez
Cargo: Operador
Entidad: Essmar E.S.P
Celular: 3147682306

Nombre: Lorena Arias Perez
Cargo: Enfermera Jefe
Entidad: Clínica Especialistas
Celular: 3166469336

Nombre: Gabriela Sofía Tamayo Pacheco
Cargo: Enfermera Área De Urgencia
Entidad: Clínica Maicao
Celular: 3005001956

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre:	Marta Isabel Rodriguez Perez
Cargo:	Coordinadora Regional, Enfermera jefe
Entidad:	Fresenius Medical Care
Celular:	3005423862
Nombre:	Ana Carolina Mulford Mieles
Cargo:	Médico General De Consulta Externa IPSI
Entidad:	Sol Wayuu Riohacha –La Guajira
Celular:	3152857611
Nombre:	Gloria Ivana Rojas Hernández
Cargo:	Enfermera Jefe
Entidad:	Clínica Médicos LTDA Valledupar
Celular:	3015518266

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE LA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL "LAURA VICUÑA"

DEL DISTRITO TURÍSTICO CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA - MAGDALEN

Aprobada por la Secretaría de Educación del Distrito Turístico Cultural e Histórico de Santa Marta, según resolución No. 1272 del 10 de Junio de 2008, y Certificada por el Modelo Europeo de Excelencia Educativa E.F.Q.M.

CONFIERE A:

Katherin Paola Alzate Sanchez

Identificado (a) con C.C. No. 1.082.954.198 Expedida en Santa Marta

EL TITULO DE

BACHILLER ACADÉMICO

CON PROFUNDIZACIÓN EN CIENCIAS

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondiente al Nivel de Educación Media Académico, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional.

RECTORA

Este Diploma no requiere de registro en la Secretaría de Educación (Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Anotado en el control interno del plantel en el

LIBRO No. 002 FOLIO No. 98 DIPLOMA No. 001

Dado en Santa Marta, a los 09 Días del mes de Diciem

Scanned by TapScanner

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL
"LAURA VICUÑA"

Certificada en nivel de acceso de calidad Educativa con el modelo E.F.Q.M.
Aprobado por la Secretaria de Educación Distrital
según Resolución No. 1272 del 10 de Junio de 2008
Reg. DANE No. 147001000307 Codigo ICFES J.M. No 01049-6 Codigo ICFES J.T No 07728-9
Santa Marta D.T.C.H del Magdalena

Acta de Grado

En la ciudad de Santa Marta a los nueve (09) días del mes de diciembre del año dos mil diez 2010, se reunieron las suscritas Rectora, y Secretaria General de la Institución Educativa Distrital Laura Vicuña de Santa Marta con el único fin de formalizar la graduación de las alumnas del último grado de Educación Media Académica que alcanzaron los logros previstos para otorgar el título de Bachiller Académico,
Con Profundización en Ciencias segun resolución
No 1272 del 10 de Junio de 2008 emanada de la Secretaria de Educación Distrital

Comprobada la situación legal y académica de cada una de las estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica , se procedió a otorgar el título de Bachiller Académico,
Con Profundización en Ciencias
a la graduanda cuyo número de orden,nombres, apellidos, y
número de documento de identificación se relacionan a continuación.

Katherin Paola Alzate Lanchez

C.C. 1.082.954.198 Santa Marta

En fiel copia del acta original No 65 del libro No. 002 del folio No. 98 del día 9 del mes Diciembre del año 2010 que consta de 301 estudiantes graduandas.

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en ella en cumplimiento a lo ordenado en el artículo 7 del Decreto 180 de 1981, dada en Santa Marta el día 9 del mes Diciembre del año 2010

ACCESS LEVEL
EFQM

Reyes Ceballos

REYES ISABEL CEBALLOS DIAZ
C.C 36.532.325 de Santa Marta

Scanned by TapScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002,emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

KATHERIN PAOLA ALZATE LANCHEZ

con Cédula de Ciudadanía No. 1.082.954.198 de Santa Marta
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

ENFERMERA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Santa Marta el día 27 de enero de 2023

Libro de Registros No. 0060420221 Folio No. 085 Registro No. 0842
Refrendado en Santa Marta el día 26 de enero de 2023

Director (a) Sede

Rector (a)

Gloria Patricia Ramos
Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente.

Registros y Diplomas: Vanessa Llerena Betancour

VIGILADA MINEDUCACIÓN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002,emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 04-4152-2022

PROGRAMA:	ENFERMERÍA
CODIGO SNIES:	4176
FECHA GRADO:	27 DE ENERO DE 2023
LUGAR:	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS SANTA MARTA

En atención a que KATHERIN PAOLA ALZATE LANCHEZ
con Cédula de Ciudadanía No 1.082.954.198 de Santa Marta
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de: ENFERMERA.

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico del Campus Santa Marta, mediante acta No 019 en sesión del día 20 de diciembre de 2022.

Para constancia se citan en este título las autoridades competentes: Rector(a), Director(a) de Campus, Decano(a) Facultad y Secretario(a) General de la Universidad, así:

Rector(a):	MARITZA RONDON RANGEL
Director(a) de Campus:	ADRIANA SANTARELLI FRANCO
Decano(a) Facultad:	DORIAM ESPERANZA CAMACHO RODRIGUEZ
Secretario (a) General:	GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de Santa Marta el día 27 DE ENERO DE 2023

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente.

VIGILADA MINEDUCACIÓN

"Este Documento es una fiel copia de un documento electrónico"
"Para convalidar la informacion de este documento, favor ingresar al sitio https://gc.ucc.edu.co:16201/vco/, ingresar el radicado

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
Radicado: SAN-02-2023-019959
Fecha : 2/03/23 13:53
Sede: Santa Marta

La Universidad Cooperativa de Colombia
certifica que

KATHERIN PAOLA ALZATE LANCHEZ

C.C. 1082954198

Cumplió a cabalidad los requisitos exigidos por la normatividad de la Universidad,
por lo cual se le expide el presente certificado:

DIPLOMADO EN CUIDADO CRITICO CON ÉNFASIS EN ADAPTACIÓN RESPIRATORIA

Llevado a cabo en la ciudad de **Santa Marta**, del **27** de **septiembre** del año **2022** al **24** de **noviembre** del año **2023**, con una duración de **100** horas.

Anotado en el folio N° **533** del libro de registro y diplomas N° **9-11734** refrendado en **Santa Marta** a los **23** días del mes de **febrero** del año **2023**.

En testimonio de ello se firma en **Santa Marta** a los **24** días del mes de **febrero** de **2023**.

Adriana Santarelli Franco
DIRECTOR(A) CAMPUS

El presente documento no tiene validez sin la firma o si presenta borrón o enmendadura. La información contenida en este certificado es extraida directamente del sistema de información académica.

Proyectó: Maryis Casellas Navarro
Revisó: Juan Alonso Cortes Londoño
juan.cortes@ucc.edu.co
Vigilada Mineducación

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA



KATHERIN PAOLA ALZATE LANCHEZ

C.C. 1.082.954.198

Universidad Cooperativa De Colombia

Santa Marta

Fecha de Expedición Diploma: 27/01/2023

Fecha de Inscripción a Rethus: 24/02/2023

55290

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

www.oceinfo.org.co

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

Scanned by TapScanner

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

KATHERIN PAOLA ALZATE LANCHEZ

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.082.954.198

Asistió al Curso de:

HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (HSS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 10 DÍAS DEL MES DE ABRIL DEL 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACION DE APTITUD OCUPACIONAL

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVSS

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 876 DEL 2012 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO academico@imavss.com O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9100

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

KATHERIN PAOLA ALZATE LANCHEZ

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.082.954.198

Asistió al Curso de:

SOPORTE CARDIOVASCULAR AVANZADO (ACLS)

Con una intensidad horaria de 70 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 8 DÍAS DEL MES DE ABRIL DEL 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACION DE APTITUD OCUPACIONAL

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVSS

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 876 DEL 2012 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO academico@imavss.com O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9100

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Katherine Alzate

ha completado satisfactoriamente el curso:

Liderazgo en Enfermería: Empoderamiento de los(as) enfermeros(as) líderes en Latinoamérica

ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública,
con una duración de 120 horas.

27 de octubre de 2020

Dra. Carissa F. Etienne
Directora

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

UNIVERSITY OF MIAMI
SCHOOL of NURSING & HEALTH STUDIES

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=5f989866-ec48-4d42-bb12-07a2ac1f1c2e

"Este Documento es una fiel copia de un documento electrónico"
"Para convalidar la informacion de este documento, favor ingresar al sitio https://gc.ucc.edu.co:16201/vco/, ingresar el radicado

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
Radicado: SAN-02-2022-102422
Fecha : 1/12/22 8:03
Sede: Santa Marta

La Universidad Cooperativa de Colombia
certifica que

KATHERIN PAOLA ALZATE LANCHEZ

C.C. 1082954198

Cumplió a cabalidad los requisitos exigidos por la normatividad de la Universidad, por lo cual se le expide el presente certificado:

SEMANA INTERNACIONAL DE GESTIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

Llevado a cabo en la ciudad de **Santa Marta**, del **09** de **Septiembre** del año **2022** al **10** de **Septiembre** del año **2022**, con una duración de **30** horas.

En testimonio de ello se firma en **Santa Marta** a los **21** días del mes de **Septiembre** de **2022**.

Adriana Santarelli Franco
DIRECTOR(A) CAMPUS

El presente documento no tiene validez sin la firma o si presenta borrón o enmendadura. La información contenida en este certificado es extraída directamente del sistema de información académica.

Proyectó: Maryis Caselles Navarro
Revisó: Vanessa Llerena Betancour
Vanessa.llerena@ucc.edu.co
Vigilada Mineducación

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

VIGILADA MINEDUCACIÓN

La Universidad Cooperativa de Colombia Campus Santa Marta

Certifica que :

KATHERIN PAOLA ALZATE LANCHEZ

Participó como asistente en el **VI CONGRESO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA Y SALUD: DESAFÍOS PARA LA SALUD GLOBAL** realizado los días 10 y 11 de noviembre del 2022

En testimonio de ello se firma y refrenda en Santa Marta D.T.C.H, el 11 de Noviembre de 2022

Adriana Santarelli Franco
Directora Campus Santa Marta

Doriam Camacho Rodríguez
Decana Facultad de Enfermería

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Universidad Cooperativa de Colombia
Campus Santa Marta

Certifica que:

KATHERIN PAOLA ALZATE LANCHEZ

Asistió al:
Seminario "Cuidados de Enfermería en tiempos pandemia COVID-19"
con una intensidad de: 4 horas

En testimonio de ello se firma y refrenda en Santa Marta D.T.C.H, a los 19 días del mes de FEBRERO de 2021

DORIAM CAMACHO
Decana Facultad de Enfermería

BIVIANA AMADOR
Jefe de Programa de Facultad de Enfermería

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Universidad Cooperativa de Colombia
Campus Santa Marta

Certifica que:

Katherin Paola Alzate Lanchez

Asistió al:
Seminario "Reto de los profesionales de enfermería ante la pandemia COVID-19"
con una intensidad de: 5 horas

En testimonio de ello se firma y refrenda en Santa Marta D.T.C.H, a los 30 días del mes de Abril de 2020

Doriam Camacho Rodríguez
Decana Facultad de Enfermería

Biviana Amador Orozco
Jefe de Programa de Facultad de Enfermería

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1082954198

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

4964

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-12-12→3:51:48 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	1082954198	KATHERIN	PAOLA	ALZATE	LANCHEZ	Vigente

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) KATHERIN PAOLA ALZATE LANCHEZ identificado(a) con CC 1082954198 registra La siguiente información:

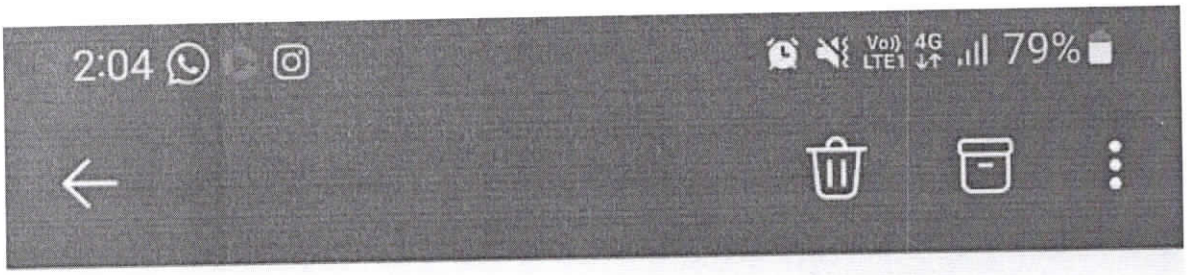
2023-12-12→3:51:48 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2023-02-24	1082954198	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

Tipo	Tipo	Lugar	Fecha	Fecha	Modalidad	Programa	Ent



Certificado de antecedentes ético profesional



katherine alzate
trienfercertificado@outlook.com

Ayer

TapScanner 12-12-2023-21:11.pdf
PDF - 102 KB

TapSc
PDF - 9

2 datos adjuntos (194 KB)

Obtener Outlook para Android

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Katherin Paola Alzate Lanchez

CC 1082954198 de Santa Marta - Magdalena

izó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022 con un total de 80 Horas.

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

Fecha de emisión: 2023-12-13
Fecha de vencimiento: 2025-12-13

NG. 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. 901544869-6

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

Certifica

Katherin Paola Alzate Lanchez

CC 1082954198 de Santa Marta - Magdalena

ealizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

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

Fecha de emisión: 2023-12-09
Fecha de vencimiento: 2025-12-09

NG. 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
ÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Katherin Paola Alzate Lanchez

CC 1082954198 de Santa Marta - Magdalena

zó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

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

Fecha de emisión: 2023-12-11
Fecha de vencimiento: 2025-12-11

NG. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

SANTANDER
MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 12/12/2023 Ciudad: SANTA MARTA, MAGDALENA
Empresa: E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Nombres y Apellidos: KATHERINE PAOLA ALZATE LANCHEZ
CC: 1082954198 Sexo: F Edad: 30 AÑOS
Labor a Desempeñar: ENFERMERA JEFE

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas especificas: **PUEDE LABORAR**

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR
Recomendaciones y/o restricciones: ○ USO DE EPP   ○ HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE   ○ PAUSAS ACTIVAS   ○ CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD DE LA EMPRESA

Hacemos constar que hemos realizado examen médico al trabajador y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes

No se realiza prueba de COVID 19 (ni sanguínea, ni molecular, test rapido)

Santander Marquez Bustamante
MEDICO CIRUJANO
RM 0556 S.S.M - Lic 1039
UNIVERSIDAD UNINORTE

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

CONTRATAMOS.
NIT 830.073.982-1

EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

C E R T I F I C A

Que el señor(a), **KATHERIN PAOLA ALZATE LANCHEZ** , identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1.082.954.198**, laboró en nuestra empresa en misión para **FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A.**, con contrato a término **Labor Contratado** desde el 26 de mayo de 2023 hasta 10 de julio de 2023 desempeñando el cargo de JEFE DE ENFERMERIA (3).

Salario Básico	$3.569.737,00

Para mayor información de ser necesario, se pueden comunicar al PBX 7569846.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, dado el 07 de noviembre del 2023 en la ciudad de BOGOTÁ D.C.

Cordialmente,.



JUANITA ROCIO PARDO
Gerente

Calle 60 A N 5-57 Oficina: 201
PBX: 7569846
Celular: 3114861479-3114844324
Whatsapp: 3132516461
contratamos@hotmail.com
www.contratamos.com.co

SYSTEM CERTIFICATION
ISO 9001
SGS

CONTRATAMOS.
NIT 830.073.982-1

EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

C E R T I F I C A

Que el señor(a), **KATHERIN PAOLA ALZATE LANCHEZ** , identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1.082.954.198**, labora en nuestra empresa en misión para **FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A.**, con contrato a término **Labor Contratado** desde el 11 de julio de 2023 hasta el 30 de octubre de 2023, desempeñando el cargo de JEFE DE ENFERMERIA (3).

Salario Básico	$2.757.623,00

Para mayor información de ser necesario, se pueden comunicar al PBX 7569846.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, dado el 07 de noviembre del 2023 en la ciudad de BOGOTÁ D.C.

Cordialmente,.

CONTRATAMOS.
NIT 830.073.982-1
CALLE 60A # 5-34
PBX. 3102...

JUANITA ROCIO PARDO
Gerente

Calle 60 A N 5-57 Oficina: 201
PBX: 7569846
Celular: 3114861479-3114844324
Whatsapp: 3132516461
contratamos@hotmail.com
www.contratamos.com.co

ISO 9001 SYSTEM CERTIFICATION SGS

CEHOCA

CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S.

SERVICIO LA COORDINADORA DE DOCENCIA Y JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

HACE CONSTAR

Que el estudiante **KATHERINE PAOLA ALZATE LANCHEZ** identificado con cedula de ciudadanía N° 1082954198, realizó prácticas profesionales en el servicio de gineco - obstetricia durante el periodo comprendido entre septiembre y noviembre del 2022, durante su estancia en la institución cumplió con el reglamento, el horario, las actividades encomendadas, presentando buen comportamiento.

Se expide la certificación en santa marta D.T.C.H. a los 15 días del mes de febrero del 2023.

NIVALYSAY TAVERA GALEANO

SERVICIO LA COORDINADORA DE DOCENCIA Y JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

TIC

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 1082954198 **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 12/12/2023 04:22 PM

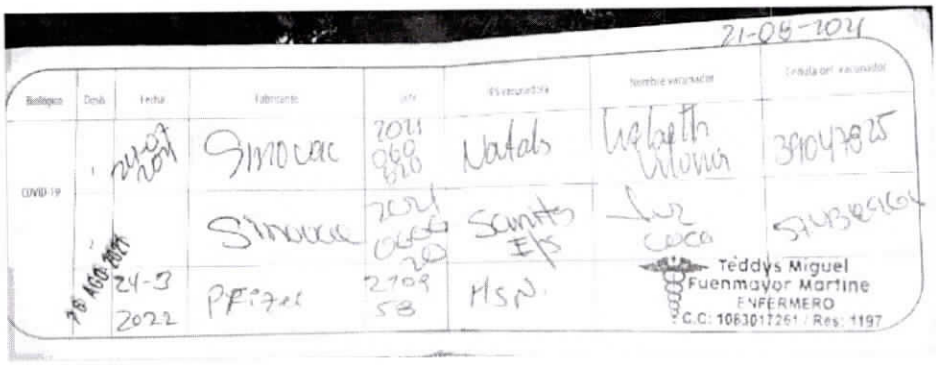
Código Verificación: **P9SGYC3ZK6**

Válida hasta: **11/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC





Scanned by TapScanner

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2023-12-12 16:42

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
KATHERIN	PAOLA	ALZATE	LANCHEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1082954198

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$27.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$27.000.000,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

No. de Radicación | Fecha de Radicación

176679711

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ✓ B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Individual — Cotizante o Cabeza de Familia ✓ B. Colectiva — Beneficiario o Afiliado adicional — C. Institucional — D. De Oficio
3. Régimen: A. Contributivo ✓ B. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante ✓ B. Cabeza de Familia C. Beneficiario
5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente B. Independiente ✗ C. Pensionado
Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Abate | Segundo Apellido: Conchez | Primer Nombre: Katherine | Segundo Nombre: Paola
7. Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD RC CC PA SC
8. Número del documento de identidad: 1082934198
9. Sexo: Femenino ✗ Masculino
10. Fecha de nacimiento: 16/03/1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia
12. Discapacidad — Tipo F N M — Condición T P
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
16. Administradora de Pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1'160.000
18. Residencia — Dirección: -Torres del Cisne etapa 2 Apt. 307.
Teléfono Fijo
Teléfono Celular: 3116663506
Correo Electrónico: katheabate_08@hotmail.com
Municipio / Distrito: Santa Marta
Zona: Urbana ✓ Rural
Localidad / Comuna
Departamento: Magdalena.

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres — Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD RC CC PA SC
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino Masculino
23. Fecha de nacimiento

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres — Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1		Femenino Masculino		
B2		Femenino Masculino		
B3		Femenino Masculino		
B4		Femenino Masculino		
B5		Femenino Masculino		

30. Etnia	31. Discapacidad Tipo (F N M) Condición (T P)	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona (Urbana Rural)	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1	F N M T P		Urbana Rural			
B2	F N M T P		Urbana Rural			
B3	F N M T P		Urbana Rural			
B4	F N M T P		Urbana Rural			
B5	F N M T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	Centro medico 1 codes	728413 / 13981
B		
B		
B		

KIPDATA

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2 Copia: AFILIADO -

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social

36. Tipo documento de identificación: NIT, TI, CE, CC, PA, CD

37. Número del documento de identificación

38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación
Dirección

Teléfono Fijo

Correo Electrónico

Municipio / Distrito

Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la interrupción en la EPS. Código [ ]
- [X] 6. Reintegro en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad: CN, TI, CE, CD, RC, CC, PA, SC

Número del documento de identidad

Sexo: Femenino, Masculino

Fecha de nacimiento

42. Fecha 17 / 11 / 12 / 2023

43. EPS anterior Sanitas

44. Motivo de traslado Código

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [X] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [X] 49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [X] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [X] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

IX. ANEXOS

CN RC TI CC PA CE CD SC

56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad TOTAL

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio | Código del Departamento

67. Datos del SISBEN
Número de ficha | Puntaje | Nivel

68. Fecha de Radicación

69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento

Número de documento de identidad

71. Firma del Funcionario

E.P.S. Sanitas
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
RECIBIDO POR: 17/11/23

Observaciones:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información consignada en el mismo y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Dirección y número del Declarado Comercial: Cra Santa Maria

Fecha de Radicación

Sticker procesamiento

Colpensiones
10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **KATHERIN PAOLA ALZATE LANCHEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1082954198,** se encuentra afiliado/a desde **30/06/2023** 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 13 de diciembre de 2023.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos		Sexo
Katherin Paola Alzate Conchez		M: F: X

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C. X C.E T.I R.C PP	1082954198	Santa Marta	19-08-2010

Estado Civil: Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Nivel educativo: Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda: Propia	Arrendada	Familiar	Zona Ubicación: Rural	Urbano
X								X	1			X		

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
08 03 92	Santa Marta	Torres del cisne Apt 307	Santa Marta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
Kathealzate_08@hotmail.Com	3118063506	

Ocupación (Seleccione): Estudiante	Independiente	Empleado	Hogar	Jubilado	Actividad Principal CIIU
					0 0 1 0

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU

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
	Publica Privada Mixta Otra, cual?	

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	1500.000	Total Egresos mensules	
Otros Ingresos Mensules	No	Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministra	Mes Nov Año 2023	Es declarante?	SI NO X

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

No

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

No

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

No

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: ______________________ y no acepto como propias, los depósitos que a 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 datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

Katherine Alzate



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):

Katherine Alzate Conchez

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento