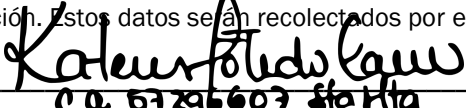


En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, **KATHERINE GUISETH TOLEDO CANO**, Identificado con Cédula No. **57296607** y Profesión **ENFERMERA** AUTORIZO que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *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: 
ca 57296607 stahta

LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:		SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía		
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php		
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo)		
6	Propuesta de Servicios (Mes Actual)		
7	Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)		
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)		
9	RUT - Registro Único Tributario (Año 2023)		
10	Hoja de Vida – Función pública (SIGEP II) (Actualizada Mes Actual)		
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)		
12	Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (fecha vigente – Mes Actual).		
13	Convalidación de 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/		

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **57.296.607**

TOLEDO CANO

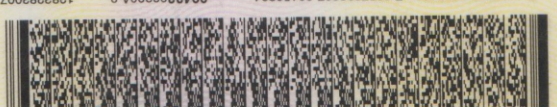
APELLIDOS
KATERINE GUISETH

NOMBRES

Katherine Toledo Cano
FIRMA



A-1500150-00674811-F-0057296607-20150304
0043392220A 2 1283283007



INDICE DERECHO



FECHA DE NACIMIENTO **25-JUL-1983**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57

ESTATURA

G.S. RH **O+**

SEXO **F**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION **09-NOV-2001 SANTA MARTA**

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANEL SANCHEZ TORRES



 Pantalla Principal

 Persona Natural

 Persona Jurídica



Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **57296607**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	57296607	TOLEDO	CANO	KATERINE	GUISETH	2022-07-18, 8:07 pm

El (la) suscrito(a) KATHERINE GUISETH TOLEDO CANO identificado con C.C./C.E./P.P No. 57296607 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 2 del mes de diciembre de 2023.

Firma
Nombre
Cédula



KATHERINE GUISETH TOLEDO CANO

57296607

Santa Marta, 02 de diciembre de 2023.

Dr.:

German Gaviria Vargas

Gerente HUJMB.

Estimado Doctor.

Desde hace 19 años como Enfermera Jefe desarrollándome tanto en la parte asistencial como administrativa de mi profesión. Como profesional cuento con los conocimientos, aptitudes y experiencia necesarios para asumir nuevos desafíos, así como también el desarrollo y cumplimiento de objetivos y metas.

El motivo de mi carta es ponerme a su disposición y ofrecerle mis servicios si fuera de su interés en estos momentos o en el futuro, comprometiéndome de antemano ejercer mi cargo con la más alta responsabilidad que este amerita y con la mayor disposición y entereza de realizar todas las actividades que este a mi cargo idóneamente. Comprometiéndome a dar una representación positiva de la imagen de la empresa y esforzándome por hacer de ella una entidad más competitiva enalteciendo su labor dentro de la ciudad.

Agradeciendo la atención prestada, y a la espera de sus gratas noticias, reciban un cordial saludo;



C.C. 57296607 Santa Marta.

KATERINE GUISETH TOLEDO CANO

CC: 57296607

ENFERMERA

Manzana 52 casa 10 el pando
kaguitoca30@hotmail.com
3003287650



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Toledo	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Cano	NOMBRES Katherine Guiseth
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 57296607	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 25 MES 07 AÑO 1983 PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO SANTA MARTA	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA - manzana 52 c 10 barrio el pando PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO SANTA MARTA TELÉFONO EMAIL KAGUITOCA30@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 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	06	2010	41241

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

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

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

FORMATO COMPLETO

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 O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4365007			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	10	Año	2021	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5			DEPENDENCIA ASISTENCIAL ENFERMERIA					DIRECCIÓN CARRERA 14 - 23 42 comuna 4 barrio alcazares						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA BAHIA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4357412			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	20	Mes	08	Año	2020	Día	01	Mes	07	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA UCI ADULTOS			DEPENDENCIA ENFEMREIA					DIRECCIÓN CARRERA 19 - 182						

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE														
INSTITUCIÓN EDUCATIVA				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:		Año:	
ÁREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN						

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	10
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	5

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6

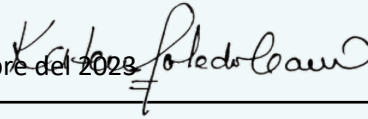
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ___ NO ___ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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 2 de diciembre del 2023



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983
Ministerio de Educación Nacional

Acta Individual de Graduación No. 16

DEPENDENCIA: FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA: ENFERMERIA

APROBACIÓN DEL PROGRAMA: SNIES 182046100734700111100

FECHA: 9 DE JULIO DE 2010

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA - SANTA MARTA

En atención a que KATERINE GUISETH TOLEDO CANO

con cédula de ciudadanía No. 57.296.607 de SANTA MARTA

Cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos por las normas legales y
estatutarias, le expide el título de ENFERMERA

Lo anterior, atendiendo la autorización del Consejo Académico mediante acta

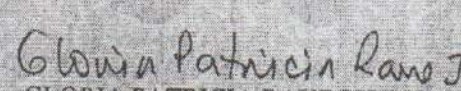
No. 05 en sesión del día 15 de JUNIO de 2010

Para constancia se suscribe por:


CESAR PEREZ GARCIA
Rector


OMAR VARGAS VARGAS
Director Seccional


EDUARDO BARRENECHE BAUTE
Decano Facultad


GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario General



TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA

NIT: 830040508-1

Ley 266 de 1996 / Ley 911 de 2004:

“Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia”

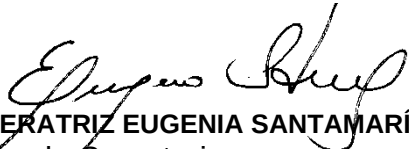
HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **KATERINE GUISETH TOLEDO CANO** identificada con la cédula de ciudadanía número 57.296.607, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 “Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones”.

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veinticuatro (24) días del mes de septiembre del año dos mil veintitrés (2023).

Cordialmente,


EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

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 *

57296607

Primer Nombre

KATERINE

Primer Apellido

TOLEDO

Confirme los números de la Imagen *





Cambiar

7009

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2023-12-06→10:16:14 AM -2023-12-06→11:01:56 AM -2023-12-06→5:55:24 PM -2023-12-06→6:23:36 PM -2023-12-06→8:40:44 PM -2023-12-06→10:11:39 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	
CC	57296607	KATERINE	GUISETH	TOLEDO	CANO	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) KATERINE GUISETH TOLEDO CANO identificado(a) con CC 57296607 registra La siguiente información:

2023-12-06→10:11:39 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2014-11-13		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC

UNV

Local

Enfermería

2011-04-07

347

**SECRETARIA
DEPARTAMENTAL
DE SALUD DEL
MAGDALENA**

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

SISPRO

Dirección:

Carrera 13 # 32-76 (piso 1)

Cundinamarca, Bogotá D.C.

Código Postal: 110311

Horario de atención:

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono

conmutador:

En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2

Resto del país: 018000960020 Opción

Correo de notificaciones judiciales:

notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

[Términos y condiciones](#)



REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC



NOMBRES KATERINE GUISETH

APELLIDOS TOLEDO CANO

C.C. 57.296.607 SANTA MARTA

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RUN No. 41241

Fecha de Expedición 13/NOVIEMBRE/2014

16


NIT. 900386743-5

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS
CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO
EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.gce.life

CERTIFICA QUE:

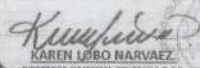
KATERINE GUISETH TOLEDO CANO
C.C. 57.296.607

ASISTIO AL CURSO TALLER:

**"ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS
DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO"**

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DÍA 21 DE NOVIEMBRE DEL 2020
DURACIÓN 40 HORAS
Según Resolución 0459 del 2012.

Resolución 3100/2019. LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.


KAREN LOBO NARVAEZ
DIRECTORA NACIONAL COLOMBIA G.C.E.
LÍNEA NACIONAL: 310 7451759


DR. JUAN PABLO SALGADO C.
NEUROCIRUJANO RM No. 20811/05
URÓLOGO CERTIFICADO
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA


DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR BLS-ACLS NACIONAL
MEDICINA BYEMBA
RM No. 1020721546
INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE

Lo Bueno del Grupo es Estar en EL-1
LÍNEA GRATIS NACIONAL 018000942270
LÍNEA NACIONAL 3107451759

 [grupocolombianoemergencias@gmail.com](https://www.facebook.com/grupocolombianoemergencias)  Grupo Colombiano de Emergencias  @Grupocolombiano

Katerine Guiseth Toledo Cano
CC.57.296.607 de Santa Marta



CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

CERTIFICA

KATERINE GUISETH TOLEDO CANO

IDENTIFICADO (A) con C.C. 57.296.607

**CURSÓ Y APROBÓ EL CURSO DE
RCP AVANZADO**

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 70 HORAS

FECHA DE EMISIÓN: 13-12-2022
FECHA DE VENCIMIENTO: 13-12-2024

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL



DAVID LOPEZ
REPRESENTANTE LEGAL



GENFUTCOL
NIT. 901643467-3

GENFUTCOL

ERIKA ROOTS
DOCENTE



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

Certifica
Katerine Guiseth Toledo Cano
CC 57296607 de Santa Marta

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

Fecha de emisión: 2023-09-22
Fecha de vencimiento: 2025-09-22



ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



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

Certifica
Katerine Guiseth Toledo Cano
CC 57296607 de Santa Marta

Realizó 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.

Fecha de emisión: 2023-09-20

Fecha de vencimiento: 2025-09-20

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 12/09/23 Ciudad: Santa Marta, Magdalena
Empresa: E.S.E Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche
Nombres y Apellidos: **Katerine Toledo Cano**
Cedula :57296607
Sexo: F
Edad: 40 años
Labor a Desempeñar: **Enfermera**
Correo: kaguitoca30@hotmail.com
Celular: 3003287650

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

Previo entrega datos clínicos, comunicación en video llamada, se procede a realizar examen y verificación de datos. por su actividad laboral del sector salud se hacen reinducción en la importancia del uso del visor de protección facial, monogafas, traje antifluído tipo overol y guantes para atender sus pacientes segun clasificacion en Bioseguridad. Acatando las medidas frente a los Factores de Riesgos Biológicos y ante las emergencias sanitarias como CoviD-19, Otros Virus y Bacterias.

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR

Recomendaciones y/o restricciones:

- ☐ HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE
- ☐ PAUSAS ACTIVAS
- ☐ USO DE EPP
- ☐ CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN LA EMPRESA.

Hacemos constar que hemos realizado examen médico a la trabajadora 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.

La Trabajadora ha declarado bajo la gravedad del juramento, que los datos que ha suministrado para la elaboración del presente documento, son veraces y que no ha omitido información sobre su estado de salud. Evaluada por teleconsulta decreto 358 del 2020–telemedicina resolución 2654 de 2019 artículo 2 de la ley 1419 de 2010


Santander Marquez Bustamante
MEDICO CIRUJANO
R.M. 0556 S.S.M. Lic. 11030
UNIMEDIO - UNINGOTR

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

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador		4700101639 - SANTANDER ANTONIO MARQUEZ BUSTAMANTE			
Código y Nombre de la Sede		470010163901-Santander Antonio Marquez Bustamante			
Departamento	Distrito: SANTA MARTA	Municipio	Distrito: SANTA MARTA	Dirección	Carrera 24 # 19 - 07 . Barrio: Libertador .
Grupo del Servicio		Consulta Externa			

423 - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: **DHSS0343086**

Verifique la información de este documento, ingresando a: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo_dhss.aspx y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: DHSS0343086

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la Secretaria de Salud Distrital de Santa Marta - Dirección: AVENIDA LIBERTADOR N° 25-55 - Teléfono(s): 4209632 - 4209600 EXT 1415 4209600 EXT 1415 - Correo Electronico: saluddistrital@santamarta.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 31 - 01 - 2022 (DD-MM-AAAA).

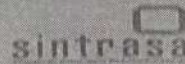
Fecha de Impresión: martes 08 de febrero de 2022 (8:10 a.m.).

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en la Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2018 y la Resolución 3100 de 2018, o las normas que lo modifiquen o sustituyan.

Código Interno Minsalud_P8:140039106

Versión 3.0.

Katerine Guiseth Toledo Cano
CC.57.296.607 de Santa Marta



**SINDICATO DE TRABAJADORES DEL SECTOR SALUD CARIBE
"SINTRASA"**

NIT 900.451.070-5

CERTIFICA

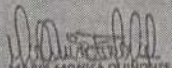
Que el (a) señor (a) **TOLEDO CANO KATHERINE GUISETH**, identificado (a) con cedula de ciudadanía No **57296607**, fue afiliado(a) al **SINDICATO DE TRABAJADORES DEL SECTOR SALUD CARIBE "SINTRASA"**. Desde el 12 de agosto de 2015, hasta el 10 de mayo de 2017, bajo un convenio sindical.

Que en dicha calidad fue **PARTICIPE** en la ejecución del contrato sindical suscrito por **SINTRASA** con **INVERSIONES AZALUD** cumpliendo con las actividades **ENFERMERA JEFE** y por su desempeño recibió una compensación ordinaria de **\$ 900.000,00** mensuales.

Este Contrato fue finalizado por **TERMI CONVENIO SINDICAL**.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el día 01 de junio de 2018.

Cordialmente,


MARÍA MORICA QUIÑONES
Director Operativo

**SINDICATO DE TRABAJADORES
DEL SECTOR SALUD CARIBE
"SINTRASA"
NIT 900.451.070-5**

Calle 85 No. 100 - 31
Bogotá D.C.
Tel: 4400111 - 421 9629
Fax: 440 711 8844
www.sintrasa.org.co
Bogotá - Colombia

Calle 64 No. 50 - 01
Tel: 265 1302 - 385 1902
Fax: 265 117 437 0062 - 301
"112 NO"
www.sintrasa.org.co
Barranquilla - Colombia

Tel: 388 3107 - 389
3103
Movil: 3176370800
Atencion@sintrasa.org.co
www.sintrasa.org.co
Cali - Colombia

Cra 17 No. 32 - 50 OF. 2 - 8
Calle 64 No. 50 - 01
San Pedro de Pácora Bolívar
Tel: 861 2414 - 013 1068
Fax: 215 017 8125
www.sintrasa.org.co
Cúcuta - Colombia

Tel: 334 6014
Movil: 317 577 0059
www.sintrasa.org.co
Medellín - Colombia

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma

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



Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Cra. 5 #25-27. Santa Marta.
Tel: 431 9537 Ext. 109 - 112
vacunacionmagdalena@cruzrojacolombiana.org
www.cruzrojamagdalena.org



Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Certificado de Vacunación

Nombres: Katherine Guiseth

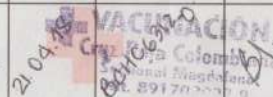
Apellidos: Toledo Cano

Documento de identidad: C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ PASAPORTE ☐
 No. 57-296609

Fecha de Nacimiento: Día 25 Mes 07 Año 1983

Katherine Toledo Cano C.C. 57' 296.607 Santa Marta

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión	1			
Rubéola	1			
Paperas	2			
Toxide Tétano	3	05-12-13 Geelway	Via 305480912	Hoyos
Diférico Td	2	05-01-18	AC374212 PBB	Hoyos
	5			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Hepatitis B	2 ¹	13.07.17	ANBWC544700	Pacho P22
	2	21.04.18	 <p>ADULT DOSE: 1 dose/week (2 ml) (HbA) hepatitis B vaccine (recombinant) (protein) (Squalene Adjuvant) (HbA) (HbA) (by Pfizer, Inc. - Shering-Plough, Inc.) (not for use in children) (not for use in children) (not for use in children) (not for use in children)</p> <p>Engerix™ -B</p> <p>ANBWC5440 08-2015 07-2018</p>	Pacho P22
	R	21.04.18	 <p>VACUNACION Cruz Roja Colombiana Seccional Magdalena Tel. 891702222</p>	P22
Virus Papiloma Humano	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Mylberg	DU	05-12-17	VSD43016	Hany ok
Dit Annel	DU	05-01-18	 	Hany ok
		+		
Cruz Roja Colombiana Seccional Magdalena				

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 57296607 **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 05/12/2023 07:28 PM



Código Verificación: **PCD6GN85V7**

Válida hasta: **05/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

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

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
KATERINE	GUISETH	TOLEDO	CANO

Documento de identificación	
Tipo <input type="text" value="CEDULA DE CIUDADANIA"/>	Número <input type="text" value="57296607"/>

Lugar de nacimiento			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="MAGDALENA"/>	Municipio <input type="text" value="SANTA MARTA"/>	

Lugar de domicilio			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="MAGDALENA"/>	Municipio <input type="text" value="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	<input type="text" value="ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE"/>	
Lugar de sede		
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="MAGDALENA"/>	Municipio <input type="text" value="SANTA MARTA"/>
Dirección	<input 14="" 23-42="" alcazares"]"="" carrera="" no.="" type="text" value="["/>	
Cargo o función que cumple	<input type="text" value="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	\$2.900.000,00
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	\$2.900.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

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 ☒

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 frente 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: Sí ☐ 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: Sí ☐ 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:

--

CE-006 - 0000000100 – 2023

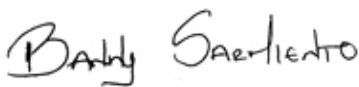
CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 57296607
NOMBRES Y APELLIDOS	Toledo Cano,Katerine Guiseth
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/01/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Toledo Cano,Katerine Guiseth, a los 05 días del mes de diciembre del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Protección

Fondo de Cesantías Protección

NIT 800.170.494

Hace constar que:

El(La) Señor(a) **KATERINE GUISETH TOLEDO CANO** identificado(a) con **CC** número **57.296.607** se encuentra afiliado(a) al FONDO DE CESANTÍAS PROTECCIÓN, desde el 05 de febrero de 2021.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 06 de diciembre de 2023.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2023120611355

	FORMATO DE VINCULACIÓN DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FND4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: KATERINE GUISETH TOLEDO DANO										Sexo			
										M	F	☒	
Tipo de Documento			Número			Expedido en			Fecha de Expedición				
C.C. ☒ C.E. ☐ T.J. ☐ R.C. ☐ P.P. ☐			57296607			SANTA MARTA			09/11/2001				
Estado Civil (Selección)				Nivel educativo				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda		Zona Ubicación	
Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐				Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☐ Universidad ☒				0		Propia ☒ Arrendada ☐ Familia ☐		Rural ☐ Urbano ☒	
Fecha nacimiento		Lugar de Nacimiento		Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad		Departamento			
29 / 7 / 1993		Santa Marta, Magdalena		Mz 53CASA10 EL PANDO				Santa Marta		Magdalena			
Correo Electrónico						No. Celular			Teléfono				
kagutoc830@hotmail.com						3003267650							
Ocupación (Selección)												Actividad Principal CIRU	
Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☒ Hogar ☐ Jubilado ☐												8 / 6 / 9 / 2	
Detalle Actividad Económica						Descripción del CIRU							
ENFERMERA						ACTIVIDADES DE AYUDA TERAPEUTICA							

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			
HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE		Pública ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual? ☐				ENFERMERA			
Dirección de empresa o negocio				Ciudad		Barrio		No. Teléfono	
Cra. 14 #23-42				SANTA MARTA		ALCAZARES		(605) 4365007	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?								SI ☐ NO ☒	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales: 2'358.000				Total Egresos mensuales 1'500.000					
Otros Ingresos Mensuales				Otros Egresos Mensuales					
Total Activos				Total Pasivos					
Mes y año de corte de la información financiera suministrada		Mes		Año		Es declarante?		SI ☐ NO ☒	

Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/o ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público?

Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?

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, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: Ostente Prestación de servicio, y no acepto como propios, los depósitos que a mis (nuestros) cuentitas efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectúe 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, consultar, 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 mercado, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de haberes 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 consignarán 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 Haberes Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche S.A.

 5. FIRMA Y HUELLA		
Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):		
_____ Nombre y Firma Oficial de cumplimiento		