En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, BERENICE BEATRIZ TORRES CORCHO, Identificado con Cédula No. 36.556.268 de Santa Marta y Profesión AUXILIAR DE ENFERMERIA **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Berenice Torres C.

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36.556.268
TORRES CORCHO
APELLIDOS
BERENICE BEATRIZ
NOMBRES

Berenice torres
FIRMA



INDICE DERECHO

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

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

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

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

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	36556268	TORREZ	CORCHO	BERENICE	BEATRIZ	2022-03-06, 8:25 am
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	36556268	TORRES	CORCHO	BERENICE	BEATRIZ	2022-07-17, 11:18 am
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
3	36556268	TORRES	CORCHO	BERENICE	BEATRIZ	2022-12-12, 5:49 pm
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
4	36556268	TORRES	CORCHO	BERENICE	BEATRIZ	2023-02-08, 8:44 am
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
5	36556268	TORRES	CORCHO	BERENICE	BEATRIZ	2023-09-01, 9:07 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

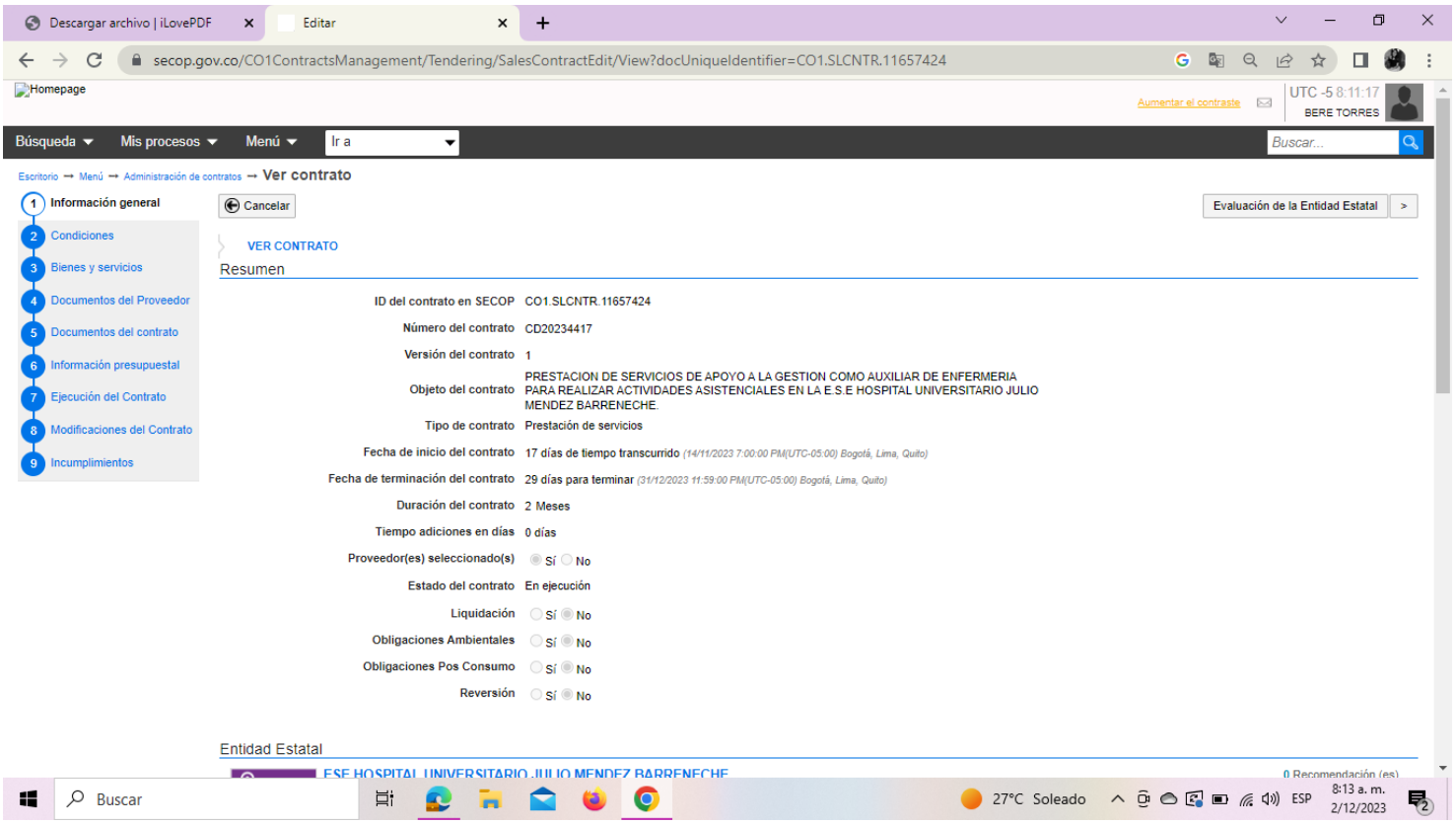
El(la) suscrito(a) BERENICE BEATRIZ TORRES CORCHO identificado con C.C. No. 36556268 expedida en Santa Marta, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO 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 01 del mes de diciembre de 2023.

Firma Berenice Torres C.
Nombre Berenice Beatriz Torres Corcho
Cédula 36556268 de Santa Marta

COPIA CONTROLADA


Descargar archivo | iLovePDF
Editar
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.11657424
Homepage
Aumentar el contraste
UTC -5 8:11:17
BERE TORRES
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
Resumen
ID del contrato en SECOP CO1.SLCNTR.11657424
Número del contrato CD20234417
Versión del contrato 1
Objeto del contrato PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
Tipo de contrato Prestación de servicios
Fecha de inicio del contrato 17 días de tiempo transcurrido (14/11/2023 7:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Fecha de terminación del contrato 29 días para terminar (31/12/2023 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Duración del contrato 2 Meses
Tiempo adiciones en días 0 días
Proveedor(es) seleccionado(s) Sí No
Estado del contrato En ejecución
Liquidación Sí No
Obligaciones Ambientales Sí No
Obligaciones Pos Consumo Sí No
Reversión Sí No
Entidad Estatal
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
0 Recomendación (es)
Buscar
27°C Soleado
ESP
8:13 a. m.
2/12/2023

Santa Marta, Diciembre de 2023

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

Cordial saludo,

Berenice Beatriz Torres Corcho
C.C 36556268 de Santa Marta
Dirección: Calle 11 No. 5-40 centro
Email: bebetocor@hotmail.com
Celular: 300 810 7943

A solicitud de su respetada institución, le presentó mi propuesta y disposición profesional para ser contratada como AUXILIAR DE ENFERMERIA, y prestar mis servicios asistenciales para toda la población usuaria de la ESE Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.

Lo anterior atendiendo a los conocimientos que poseo, competencias profesionales, académicas y trayectoria en mi carrera con alta experiencia, ya que he venido desempeñado este cargo por más de 15 años, me considero una persona colaboradora, que le gusta trabajar en equipo, estar en constante actualización para así brindar un servicio de calidad.

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

Berenice Torres C.

Berenice Beatriz Torres Corcho
C.C. No. 36.556.268 de Santa Marta
Auxiliar de Enfermería

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14945416226

(415)7707212489984(8020) 000001494541622 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 6 5 5 6 2 6 8	4	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 6 5 5 6 2 6 8	1 9 8 4 0 5 2 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TORRES	CORCHO	BERENICE	BEATRIZ

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal: CL 11 5 40

42. Correo electrónico: bebetocor@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		**Actividad secundaria**		**Otras actividades**			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 5 3 0	1 9 9 8 0 2 0 6	8 6 9 2	2 0 0 6 0 4 0 7				5 1 3 2	0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 09 - 08 / 11 : 04: 39

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 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 TORRES CORCHO BERENICE BEATRIZ

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Torres	Corcho	Berenice Beatriz

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. X C.E. ( ) PAS ( ) No. 36556268 | SEXO: F (X) M ( ) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) | PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 06 MES 10 AÑO 1964

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 11 N 5 40 Apartamento 1 centro

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: 300 810 79 43 EMAIL: bebetocor@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1984
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
PREGRADO	3	X		Auxiliar de Enfermería	10	2003	47-1213

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION MES	TERMINACION AÑO

FORMATO 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 O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3008107943	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA GINECO	*DEPENDENCIA* HOPSITALIZACION - GINECOLOGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3008107943	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA GINECO	*DEPENDENCIA* URGENCIAS , HOSPITALIZACION GINECOLOGICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3008107943	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXIIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* URGENCIAS , HOSPITALIZACION GINECOLOGICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3008107943	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	01	*Año* 2023	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA GINECO	*DEPENDENCIA* URGENCIAS , HOSPITALIZACION GINECOLOGICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	8

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta, Diciembre de 2023

Berenice Torres C.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 **OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

La República de Colombia y en su nombre

El

Instituto Magdalena

De Santa Marta (Magdalena)

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

Confiere a

Berenice Beatriz Torres Torcho

C.C.No. 36.556.266 de Santa Marta

El Título de

Bachiller Comercial

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

El Rector

La Secretaria

Santa Marta, 15 de Diciembre de 1.9[illegible]

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

Secretaría de Educación

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

Acta de Grado

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

Instituto Magdalena

Santa Marta

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

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

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el Título de BACHILLER COMERCIAL al graduando cuyo número de orden, nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

No.	NOMBRE
39- Jornada Tarde	TORRES CORCHO BERENICE BEATRIZ

DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC#36.556.268 de Santa Marta

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

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

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

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

Firmado y Sellado

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

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

En nombre de la República de Colombia

Y por autorización del

Ministerio de Educación Nacional

La Corporación de Estudios Técnicos, Ocupacional Sistematizada

CETECOS

Autorizada por la Secretaría de Educación Distrital

Según Resolución N° 108 del 18 de Febrero de 1997

Y 411 del 6 de Septiembre del 2000

En atención a que

BERENICE BEATRIZ TORRES CORCHO

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

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

Otorga el Presente Certificado de Aptitud Ocupacional como técnico en:

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Intensidad Horaria 2440 Horas

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

Director (a)

Coordinador Académico

Coordinador Programa

CETECOS

CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

ACTA DE CERTIFICADOS No. 2012

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

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

A:

BERENICE BEATRIZ TORRES CORCHO

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

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

Número de Horas: 2440

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

DIRECTOR ACADEMICO

COORDINADOR ACADEMICO

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

RESOLUCIÓN No. 47-1213

Por la cual se registra un título

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

CONSIDERANDO:

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

En merito de lo expuesto,

RESUELVE:

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

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

SECRETARIO DE SALUD DEL MAGDALENA

COORDINADOR

Proyectado por MARYNELA FLOREZ

PARA PROGRESAR EN SERIO

1470

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-12-01—7:44:42 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	36556268	BERENICE	BEATRIZ	TORRES	CORCHO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) BERENICE BEATRIZ TORRES CORCHO identificado(a) con CC 36556268 registra La siguiente información:

2023-12-01—7:44:42 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2003-11-20	1213	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA
AUX	Local	AUXILIAR DE DROGUERÍA	2019-08-29	2756	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Berenice Beatriz Torres Corcho

CC 36556268 de Santa Marta - Magdalena

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

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

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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

Berenice Beatriz Torres Corcho

CC 36556268 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-12-04
Fecha de vencimiento: 2025-12-04

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Berenice Beatriz Torres Corcho

CC 36556268 de Santa Marta - Magdalena

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

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

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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

Berenice Beatriz Torres Corcho

CC 36556268 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: 2023-12-02
Fecha de vencimiento: 2025-12-02

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

SERVICIOS MÉDICOS S.A.S.

SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S.

901127782-6

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

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

LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL 0460 SSM

DATOS DEL TRABAJADOR

PACIENTE: BERENICE BEATRIZ TORRES CORCHO

ID: CC 36556268

FECHA DE NACIMIENTO: 1964-10-06

EDAD: 58 Años

TEL. 3008107943

DIRECCION: SANTA MARTA SANTA MARTA (MAGDALENA)

SEXO: F

CONVENIO: PARTICULARES

ESTADO CIVIL: SOLTERO

EPS:

CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA



Trabajo en Alturas: --

Manipulación de Alimentos: --

Espacios Confinados: --

TIPO DE EXAMEN

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

EXÁMENES A REALIZAR

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

OTRO:

RECOMENDACIONES

Higiene postural NO

Pausas activas: SI

Restricción para el manejo de cargas: NO

Uso epp: SI

Edu. en manejo cargas: NO

Ingreso a programa de vigilancia epidemiológica: --

-

Fomento de hab. saludables : SI

Remision:

Observaciones:

CONCEPTO

CONCEPTO DE INGRESO: SIN RESTRICCIONES

Observaciones: uso de epp

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

SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S.

901127782-6

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

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

LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL 0460 SSM

CONDUCTA

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

• Recomendaciones específicas:

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

☐ b. Restricción para manejo de cargas.

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

Otras:

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

Berenice Torres C.

PACIENTE: BERENICE BEATRIZ TORRES CORCHO
ID. CC 36556268

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

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

CAPRI
CENTRO MEDICO Y DROGUERIA
NIT 19.580.370-7

A QUIEN INTERESE

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

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

Atentamente,

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

AGUSTÍN RINCÓN URIBE
Gerente

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

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

SerEmpleos S.A.

NIT.900.314.486-9

A QUIEN INTERESE

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

Devenga un salario básico mensual **$ 687.394.00**

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

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

Atentamente,

CANDELARIA GARCIA MERCADO
Directora de Talento Humano

SerEmpleos S.A.

NIT.900.314.486-9

A QUIEN INTERESE

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

Devenga un salario básico mensual **$ 687.394.00**

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

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

Atentamente,

CANDELARIA GARCIA MERCADO
Directora de Talento Humano

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

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

CERTIFICA

Que el señor (a) **BERENICE TORRES CORCHO**, *identificado (a) con cedula de ciudadania N° 36.556.268 presenta contrato como empleado en misión por el termino que dure la realizacion de la obra o labor contratada*

CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

SALARIO: $700.000

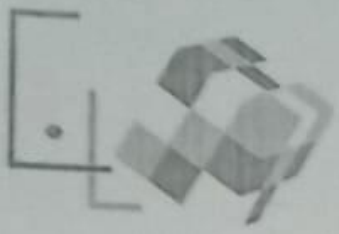
EMPRESA USUARIA: CLINICA LA MILAGROSA S.A.

FECHA DE INICIO: 08 DE ENERO DE 2013

FECHA DE TERMINACION: ACTUAL

Se expide la presente certificacion en la ciudad de Barranquilla a los 16 dias del mes de Abril de 2013

MARIA ALEJANDRA ALBOR
Opto. de Gestion Humana



EXCELENCIA LABORAL S.A.S

Nit. 900.387.794-5

Nuestra firma respalda su confianza

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

CERTIFICA

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

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

Salario **700.000**

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

Cargo **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

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

MASSIEL DE LA HOZ ZAPATA
Coordinadora de Gestion Humana

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

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

SerEmpleos S.A.S.

NIT.900.314.486-9

Barranquilla, 03 de Abril de 2017

Señores
FONDO NACIONAL DEL AHORRO
Santa Marta

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

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

Atentamente

BELKI CORONELL JIMENEZ
Directora Financiera

Su Aliado Laboral S.A.S

Nit 900.507.099-0

A QUIEN INTERESE

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

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

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

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

Atentamente,

MONICA CAMPO PALMA
Representante Legal

SU EMPLEO OPORTUNO S.A.S

NIT. 900376475-3

A QUIEN INTERESE:

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

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

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

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

Atentamente,

Yaneth Tovar S.

YANETH TOVAR SIERRA
Representante Legal

Calle 75 No 59-36 Teléfonos 3854043
Barranquilla - Colombia

EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE" NIT. 891780185-2

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora, **BERENICE BEATRIZ TORRES CORCHO**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **36.556.268** expedida en Santa Marta (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE",** los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **2826** de fecha 08 de noviembre de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 08 de noviembre al 31 de diciembre de 2019, por un valor de DOS MILLONES QUINIENTOS VEINTIOCHO MIL CIEN PESOS ($2.528.100).
2. No. **465** de fecha 02 de enero de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de enero al 30 de abril 2020, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL PESOS ($5.724.000).
3. No. **1210** de fecha 01 de mayo de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de mayo al 30 de junio 2020, por un valor de DOS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS MIL PESOS ($2.862.000).
4. No. **2096** de fecha 01 de Julio de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 30 de septiembre 2020, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
5. No. **2758** de fecha 01 de octubre de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de octubre al 31 de diciembre 2020, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
6. No. **346** de fecha 01 de enero de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 31 de marzo 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
7. No. **1469** de fecha 01 de abril de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 30 de junio 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
8. No. **2313** de fecha 01 de Julio de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 30 de septiembre 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
9. No. **3476** de fecha 01 de octubre de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de octubre hasta el 31 de diciembre de 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
10. No. **390** de fecha 01 de enero de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 31 de marzo 2022, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).

archivocontratacion@hujmb.gov.co
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
Santa Marta - Colombia

11. No. **1643** de fecha 01 de abril de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 31 de julio 2022, por un valor de SEIS MILLONES DE PESOS ($6.000.000).
12. No. **CD20233348** de fecha 05 de agosto de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 05 de agosto al 31 de diciembre 2022, por un valor de NUEVE MILLONES DE PESOS ($9.000.000).
13. No. **CD20230640** de fecha 01 de Enero de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 05 de Enero al 28 de febrero 2023, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
14. No. **CD20231195** de fecha 01 de marzo de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de marzo al 31 de mayo 2023, por un valor de CINCO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($5.400.000).
15. **ADICION EN VALOR Y TIEMPO** de fecha 01 de junio de 2023, a la orden de prestación de servicio **No. CD20231195** con un plazo de ejecución del 01 al 30 de junio de 2023, por un valor de UN MILLON OCHOCIENTOS MIL PESOS ($1.800.000).
16. No. **CD20232229** fecha 01 de julio de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de julio al 30 de septiembre 2023, por un valor de CINCO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($5.400.000).

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA TODA LA POBLACION USUARIA EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los veintiocho (28) días del mes de septiembre de 2023.

JARID YESID THOMAS PADILLA.
Jefe de la Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.

ELABORÓ: RONALDA. GOMEZ CAMACHO
APOYO ADMINISTRTIVO OFICINA JURIDICA.

archivocontratacion@hujmb.gov.co
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
Santa Marta - Colombia

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

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

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

Se expide en Bogotá el 01/12/2023 07:01 PM

Código Verificación: **VE29M6WX3S**

Válida hasta: **01/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

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

Departamento de Salud Distrital
VACUNADO CONTRA FIEBRE AMARILLA

NOMBRE Berenice Beatriz Torres P.

FECHA 15 de Enero del 2004

Firma Vacunador

Certificado de Vacunación

Institución: CAJAMAG

Nombre: Berenice Torres Corchs

Identificación: 36 556 268 Tel:

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
HpB	1	16-5-11	VVX10005	Firmado
HpB	2	17-8-11	VVX1005	Luz Stella

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

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

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

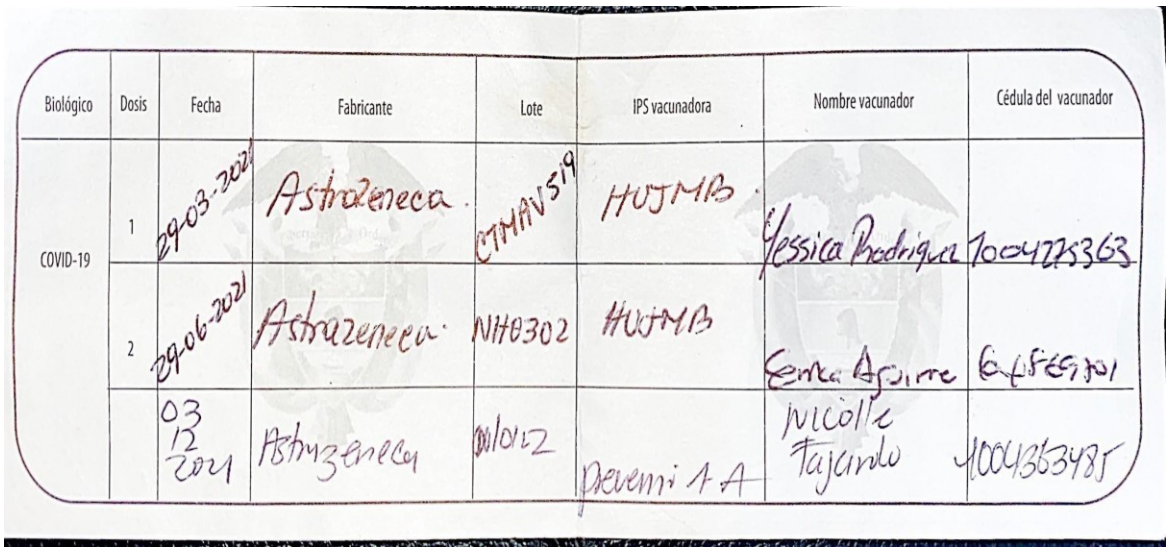
Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	1	19/12/14	SM7062	[illegible]
Otras				

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

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

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

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



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



MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Berenice. Beatriz.

Apellidos: Torres Cocheo

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

No. 36556268

Fecha de nacimiento: Día 06 Mes 10 Año 1964

FUNCIÓN PÚBLICA

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-09-07 21:18

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

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	36556268

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	["Carrera 14 No. 23-42 Alcázares

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$18.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$18.000.000,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
0	$0,00

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CERTIFICA QUE:

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

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

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

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

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

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 04 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

2023120409360

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FIN04F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 12/05/2023

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos												Sexo			
BERENICE BEATRIZ TORRES CORCHO												M		F	x
Tipo de Documento								Número			Expedida en			Fecha de Expedición	
C.C.	x	C.E		T.I		R.C		PP		36556268	Santa Marta			25/05/1984	
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo		Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbano
x								x		3			x		x
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento	
6	10	1964	Santa Marta			calle 11 No. 5 - 40					Santa Marta			Magdalena	
Correo Electrónico											No. Celular			Telefono	
bebetocor@hotmail.com											3008107943				
Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente	x	Empleado		Hogar		Jubilado			8	6	9	2	
Detalle Actividad Económica								Descripción del CIIU							
Tecnico en enfermería								auxiliar de enfermeía							

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

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

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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

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

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

Berenice Torres C.

5. FIRMA Y HUELLA

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

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento