E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE

LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

CODIGO: GIC-F
VERSION: 06
FECHA DE ULTIMA REVISION: 7/09/2023
PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Berly Saudith Vizcaino Olivarria Identificado con Cédula No. 36,725,223 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: Berly Vizcaino O.

	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://sill.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/**		

Escaneado con CamScanner
Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **36.725.223**
VIZCAINO OLAVARRIA

APELLIDOS
BERLY SAUDITH

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **27-ENE-1982**
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA · **A+** G.S. RH · **F** SEXO

28-ENE-2000 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00346339-F-0036725223-20111118 0028498589A 1 4431599659

Powered by CamScanner

SIH

Pantalla Principal

persona natural

Persona Jurídica

Ingreso numero de identificacion

Verificar registro

Ha buscado el número de identificación: **36725223**

Resultados encontrados:

#	No Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	primer nombre	segundo nombre	Fecha y Hora de Registro
1	36725223	VIZCAÍNO	OLAVARRIA	BERLY	SAUDITA	2022-07-29, 17:10

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

Powered by CamScanner

El (la) suscrito(a) Berly Saudith Vizcaino Olivarria identificado con C.C./C.E./P.P No. 36.725.223 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 08 del mes de diciembre de 2023.

Firma
Nombre Berly Vizcaino O.
Cédula 36.725.223

COPIA CONTROLADA

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

Editar

Información del usuario



Género	
Cargo	
Título	
Nombre	
Apellidos	
Fecha de Nacimiento	
Nombre y apellido	BERLY SAUDITH VIZCAINO OLAVARRIA
Tipo de documento	
Número de documento	
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	BERLYVIZCAINO@GMAIL.COM
Teléfono	
Celular	3043580428
Nivel Educativo	

Configuración

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

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es su número de teléfono?
Respuesta	3043580428
SMS para recuperar la contraseña	3043580428

Editar

Santa Marta, Diciembre 05 del 2023

Doctor
German Gaviria Vargas
Gerente
Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.

Propuesta de Servicios.

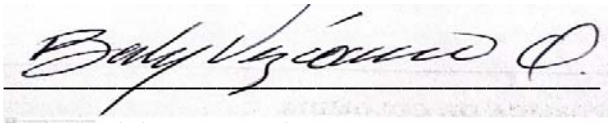
Berly Saudith Vizcaino Olavarria
C.C 36.725.223
Dirección: carrera 25ª #29c-36 las Malvinas.
Celular: 3043580428
Correo: berlyvizcaino@gmail.com

Cordial saludo:

Muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de presentarle mí propuesta como AUXILIAR DE ENFERMERIA, función que desempeñaré a cabalidad cumpliendo con todas las funciones que sean asignadas pertinentes al cargo y de acuerdo a las necesidades de la institución.

Espero cumplir con el perfil que se necesita y de antemano agradezco su atención, quedando en espera de su pronta y positiva respuesta.

Atenta



Berly saudith Vizcaino Olavarria

C.C 36.725.223

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 9 Solicitud de actualización de datos de identificación

4. Número de formulario 14247032296

(415)7707212489984(8020) 000001424703229 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
3 6 7 2 5 2 2 3	9	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 7 2 5 2 2 3	2 0 0 0 0 1 2 8

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
VIZCAINO	OLAVARRIA	BERLY	SAUDITH

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
CR 29 A 29 I 1 11 BRR SANTA ANA

42. Correo electrónico

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

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
8 6 9 2	2 0 1 1 1 1 0 3						5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

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

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☐ 60. No. de Folios: 61. Fecha 2013 - 06 - 27

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre VASQUEZ BERMUDEZ ARNOVIS WILSON
985. Cargo Analista III

Fecha generación documento PDF: 12-09-2023 09:09:20AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Vizcaino	Olavarria	Berly Saudith

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 36725223	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 27 MES 01 AÑO 1982

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 25A - ° 29c-36 malvinas

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO EMAIL berlyvizcaino@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1998
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X			08	2010	701

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4365007	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ESTERILIZACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 21 41						
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	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA CENTRAL ESTERILIZACION					*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	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA CENTRAL ESTERILIZACION					*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	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	07	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA CENTRAL ESTERILIZACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 alcazeres						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD		*DEPENDENCIA* CENTRAL ESTERILIZACION					*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		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXIIAR AREA DE SALUD		*DEPENDENCIA* CENTRAL ESTERILIZACION					*DIRECCIÓN*					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.		*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4365007		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		*DEPENDENCIA* CENTRAL DE ESTERILIZACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 barrio alcazeres					
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 4365007		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		*DEPENDENCIA* CENTRAL DE ESTERILIZACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 barrio alcazeres					
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 4365007		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		*DEPENDENCIA* CENTRAL DE ESTERILIZACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 barrio alcazeres					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 4365007	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CENTRAL DE ESTERILIZACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 barrio alcazeres						
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 4365007	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CENTRAL DE ESTERILIZACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 barrio alcazeres						
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 4365007	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CENTRAL DE ESTERILIZACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 barrio alcazeres						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4352451	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CENTRAL DE ESTERILIZACION					*DIRECCIÓN* carera 14a #23-42 BARRIO ALCAZARES						
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 4352451	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CENTRAL DE ESTERILIZACION					*DIRECCIÓN* carera 14a #23-42 BARRIO ALCAZERES						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	24	*Mes*	01	*Año* 2014	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CENTRAL DE ESTERILIZACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	09	*Mes*	09	*Año* 2013	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	07	*Año* 2013	*Día*	17	*Mes*	08	*Año*	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	25	*Mes*	02	*Año* 2013	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	30	*Mes*	08	*Año* 2012	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2012	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	11	*Mes*	01	*Año* 2012	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2012	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	5	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	11
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	9	10

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 X 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 08 de diciembre 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

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

El Instituto Técnico Industrial

del Distrito Cultural, Turístico e Histórico
de Santa Marta Magdalena

Autorizado por la Secretaría de Educación Distrital, según
Resolución No. 022 del 15 de Junio de 1.995

Confiere a:

Benty Saudith Vizcaino Olavarria

T.I. 8 C.C.

El Título de:

Bachiller Técnico Industrial

en la Especialidad de:

Fundición

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Técnica, (Artículo 28 Ley 115 de 1.994), según los planes y programas vigentes

Rector

Secretaria

Dado en Santa Marta Distrito Cultural, Turístico e Histórico a 7 de Diciembre de 1.998

Reconocimiento Registro de la Secretaría de Educación, según Decretos 921 del 6 de Mayo de 1.994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1.995 de la Presidencia de la República

Powered by CamScanner

Institución Educativa Distrital Técnico Industrial
Santa Marta

Acta Individual de Grado

Inscripción S.E. 0100246 Inscripción Dane 147001001206

En el Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta, a los Siete (07) días del mes Diciembre de 1998, se reunieron con el fin de formalizar la Graduación de los alumnos de Último grado, los suscrito Rector y Secretario de la Institución Educativa Distrital Técnico Industrial de Santa Marta, Institución Aprobada hasta Undécimo Grado en el nivel de educación Media Técnica y autorizada por la Secretaria de Educación Distrital, para otorgar el Título de Bachiller Técnico en la modalidad Industrial, según Resolución No. 0205 de Marzo 15 de 2006.

Comprobada la situación Legal y Académica del alumno que cursó y aprobó los estudios correspondientes al Nivel de educación Media Técnica, se procedió a otorgar el titulo de:

Bachiller Técnico Industrial

Especialidad: Fundición.

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Berly Saudith Vizcaino Olavarria.

C.C No. 36.725.223 expedida en Santa Marta (Magdalena).

Es fiel copia tomada del Acta General No. 024 del Siete (07) de Diciembre del 1998 que consta de Doscientos ochenta y dos (282) alumno graduados, comienza con el nombre de Carlos Andrés Arias P y termina con Miguel Ángel Vergel Carrascal, firmado y sellado por el Rector MAXIMO LACERA M Y CARMEN OLMOS HUERTAS (Secretaria).

DUPLICADO: ÉSTE ALUMNO PERTENECE A LA PROMOCIÓN DEL AÑO 1998.

Dado en el Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta, a los 06 días del mes de Abril del 2016.

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en el cumplimiento de lo ordenado en el Artículo 7° del Decreto 180 de 1981.

Firmamos y Sellamos

MEREDITH ZAMORA SALCEDO
Rectora
C.C. No. 36.543.843 de Santa Marta

I.E.D. TECNICO INDUSTRIAL
RECTORA

SUGEIN I. OROZCO BERMUDEZ
Secretaria General
C.C. No. 36.666.014 de Santa Marta

DUPLICADO

Powered by CamScanner

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE

LA

SECRETARIA DE EDUCACION DISTRITAL DE SANTA MARTA, DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

AL:

CENTRO EDUCATIVO DE SALUD "NUÑEZ - BEYEH"

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 483 del 09 de Octubre de 2000 y con Registro según Resolución No. 483 del 09 de Octubre de 2000, emanada del Departamento Administrativo de Educación y Cultura de Santa Marta, y según el Acuerdo No. 328 del 30 de junio de 2010 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, del Ministeriode la Protección Social.

CONFIERE EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS LABORALES EN:

AUXILIAR EN ENFERMERIA

A: *Vizcaino Olavarría Berly Saudith*

C.C. 36.725.223 de Santa Marta, Magdalena

Por haber Cursado y Aprobado el Programa de Auxiliar en Enfermeria, con una intensidad total de 1660 horas

Dado en Santa Marta, Departamento del Magdalena, a los 19 días del mes de Diciembre de 2010

CENTRO EDUCATIVO DE SALUD "NUÑEZ - BEYEH"

DIRECTOR

DIRECTOR

SECRETARIA

Powered by CamScanner

CENTRO EDUCATIVO DE SALUD " NUÑEZ - BEYEH"

Licencia de Funcionamiento No. 0382 de la Secretaria de Educación del Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta
Acuerdo 328 de Junio 30 de 2010 del Ministerio de Protección Social

LA SUSCRITA COORDINADORA DEL CENTRO DE SALUD NUÑEZ - BEYEH

HACE CONSTAR

Qué, **BERLIS SAUDYTH VIZCAINO OLAVARRIA,** Identificado(a) con la C.C. 36.725.223 de Santa Marta, Magdalena, terminó académicamente el Programa de **AUXILIAR DE ENFERMERIA.** Las pasantías Servicio Asistenciales fueron realizadas de manera satisfactoria en la **E.S.E ALEJANDRO PROSPERO REVERD – CENTRO DE SALUD MAMATOCO – CENTRO DE SALUD GAIRA** y en el **HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS.**

Para cualquier inquietud comunicarse al cel 3002063896 - 4313864

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado(a) en la ciudad de Santa Marta a los 29 días del mes de agosto de 2011.

AMELIA MONTERO A.
Coordinadora

Powered by CamScanner

CENTRO EDUCATIVO DE SALUD "NÚÑEZ - BEYEH"

Resolución No. 483 del Departamento Administrativo de Educación y Cultura del Distrito de Santa Marta
Acuerdo 328 de junio 30 de 2010 del Ministerio de Protección Social

El suscrito Director del Centro Educativo de Salud "Núñez – Beyeh", compulsa a continuación copia del Acta de Certificación. Correspondiente al día diecinueve (19) del mes de Diciembre del Dos Mil Diez (2010).

ACTA DE CERTIFICACIÓN

En el Distrito Turístico, Cultural e Histórico de la Ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, a los diecinueve (19) del mes de Diciembre del Dos Mil Diez (2010), se llevó a cabo en las Instalaciones del Hotel Sorrento, el Acto Solemne de Certificación presidido por el señor Director del Centro Educativo de Salud "Núñez – Beyeh", Doctor ELIÉCER DE JESÚS ZERDA ALTAMAR, en el cual el Centro Educativo de Salud "Núñez – Beyeh" autorizado para tal efecto según Resolución No. 483 de Octubre 9 de 2000, del Departamento Administrativo de Educación y Cultura del Distrito de Santa Marta, Acuerdo 328 de junio 30 de 2010, del Ministerio de la Protección Social, confirió el Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias Laborales en **AUXILIAR EN ENFERMERIA.**

A:

VIZCAINO OLAVARRIA BERLY SAUDITH

Identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 36.725.223 expedida en Santa Marta, Magdalena, quien cumplió con los requisitos académicos que los reglamentos y normas legales que exigen para tal fin.

El Director: Fdo. ELIÉCER ZERDA ALTAMAR
La Coordinadora del Área de la Salud: Fdo. ALEIDY ZABALETA
La Secretaria General: Fdo. AMELIA MONTERO ARIAS

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.

Se expide la presente constancia en la ciudad de Santa Marta, a los diecinueve (19) del mes de Diciembre del Dos Mil Diez (2010).

ELIECER ZERDA ALTAMAR
Director

Powered by CamScanner

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 701

"Por la cual se registra un título"

EL SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD DE MAGDALENA

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **VIZCAINO OLAVARRIA BERLY SAUDITH,** identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 36,725,223 expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACION** para desempeñarse como **AUXILIAR EN ENFERMERIA** según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS otorgado por **EL CENTRO EDUCATIVO DE SALUD "NUÑEZ - BAYEH"**, Santa Marta - Magdalena, según Acta de Certificados No. sin numero del día 19 de Diciembre de 2010.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes:

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **VIZCAINO OLAVARRIA BERLY SAUDITH,** identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 36,725,223, expedida en Santa Marta - Magdalena, para desempeñarse como **AUXILIAR EN ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e Inscribirlo(a) para laborar en el Departamento.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizo el Titulo o Certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 25 MAY 2011

STEVENSON MARULANDA PLATA
Secretario Seccional de Salud de Magdalena

Proyectado. GERMAN NAVARRO – Profesional
Revisado por ANDREA PALACIOS POLANIA- Profesional Especializado

EL MAGDALENA UNIDO LA GRAN TRANSFORMACION

Powered by CamScanner

Resultado General -2023-12-04→10:53:13 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	36725223	BERLY	SAUDITH	VIZCAINO	OLAVARRIA	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) BERLY SAUDITH VIZCAINO OLAVARRIA identificado(a) con CC 36725223 registra La siguiente información:

2023-12-04→10:53:13 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2011-05-25	701	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).

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: **900223619-0**

ENTHA
10 AÑOS

Reg. EN0225303-2018

CERTIFICA QUE:

BERLY SAUDITH VIZCAINO OLAVARRIA

C.C. N° 36725223

ASISTIO A LA ACTUALIZACION DEL CURSO TALLER:

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y GENERO RESOLUCION 0459 DE 2012

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DE 2015, LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2009 EN EL CAPITULO V NUMERAL 8 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE CUARENTA Y SEIS (46) HORAS ACADEMICAS SEGÚN LO EXIGIDO POR LA RESOLUCION 2003 DEL 2014.
DESDE EL 27 AL 29 DE DICIEMBRE DEL 2018.

PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA MAGDALENA, EL DIA 29 DE DICIEMBRE 2018.

CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE ENTHA LTDA

MARIA JOSE SEPULVEDA GAMARRA
COORDINADORA ACADEMICA

Powered by CamScanner

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

NIT 901643467 - 3

CERTIFICA QUE:

BERLY SAUDITH VIZCAINO OLAVARRIA

IDENTIFICADO (A) CON CÉDULA DE CUIDADANIA NRO. 36.725.223

ASISTIÓ AL CURSO DE:

RCP BÁSICO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN 04/12/2023 FECHA DE VENCIMIENTO 04/12/2024

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, DECRETO 4904 DE 2009 INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO, AVALADO POR MINISTERIO DE EDUCACIÓN DECRETO 3616 DE 2005, ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CUIDAD DE BOGOTÁ, LA PRESENTE SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

PARA LA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO ESCANEAR EL CÓDIGO QR, SOLICITAR AL CORREO GENFUTCOL@GMAIL.COM O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 3205931933

REPRESENTANTE LEGAL	GENFUTCOL	GERENTE GENERAL
DAVID LOPEZ	NIT. 901643467-3	MARTHA SILVA

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

BERLY SAUDITH VIZCAINO OLAVARRIA

IDENTIFICADO (A) con C.C. 36.725.223

CURSÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

GESTIÓN DEL DUELO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN: 15-06-2023
FECHA DE VENCIMIENTO: 15-06-2024

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

TATIANA URIBE
DOCENTE

Powered by CamScanner

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

BERLY SAUDITH VIZCAINO OLAVARRIA

IDENTIFICADO (A) con C.C. 36.725.223

CURSÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN: 15-06-2023
FECHA DE VENCIMIENTO: 15-06-2024

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

TATIANA URIBE
DOCENTE

Powered by CamScanner

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

Certificado de Aptitud Laboral Ingreso

Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 01/Dic/2023, **Hora:** 03:53:50 p.m.
Apellido: Vizcaino Olavarria **Nombre:** Berly Saudith **HC:** # 83665
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 36725223 **Edad:** 41 años
Empresa: Particular **Sexo:** Femenino ♀
Cargo: No Aplica **Nacim:** 27/Ene/1982
Direccion: Cra 25a No 29c-36 Malvinas **Rh:** A+
Telefono: **Celular:** 3043580428 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 54 Kg **Estatura:** 155 Cm **IMC:** 22.4 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Saludtotal **ARL:** Positiva **AFP:** Porvenir

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular
Induccion Al Sitio De Trabajo
Pausas Activas
Estilo De Vida Saludable
Uso De Tapabocas Permanente
Cumplir Con Las Normal De Bioseguridad

Observaciones

Mirta Nuñez Gutierrez
Md. Especialista En Medicina Del Trabajo Y Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 1725
Registro #: 386

Berly Saudith Vizcaino Olavarria
CC 36725223

Huell
Digit

Powered by CamScanner

LA SUSCRITA 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, **BERLY SAUDITH VIZCAINO OLAVARRIA**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **36.725.223** 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. **436** de fecha 02 de diciembre de 2011, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de diciembre al 31 de diciembre de 2011, por un valor de UN MILLON DOSCIENTOS SETENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS PESOS ($1.273.800).
2. No. **151** de fecha 11 de enero de 2012, con un plazo de ejecución contado a partir del 11 de enero al 10 de Julio de 2012, por un valor de SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($6.900.000).
3. No. **885** de fecha 30 de agosto de 2012, con un plazo de ejecución contado a partir del 30 de agosto al 31 de octubre de 2012, por un valor de CUATRO MILLONES CIENTO CUARENTA MIL PESOS ($4.140.000).
4. No. **1106** de fecha 09 de noviembre de 2012, con un plazo de ejecución contado a partir del 09 de noviembre al 31 de diciembre de 2012, por un valor de DOS MILLONES SETECIENTOS SESENTA MIL PESOS ($2.760.000).
5. No. **278** de fecha 25 de febrero de 2013, con un plazo de ejecución contado a partir del 28 de febrero al 30 de junio de 2013, por un valor de SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($6.900.000).
6. No. **602** de fecha 05 de julio de 2013, con un plazo de ejecución contado a partir del 18 de julio al 17 de agosto de 2013, por un valor de UN MILLON CIENTO CINCUENTA MIL PESOS ($1.150.000).
7. No. **1074** de fecha 09 de octubre de 2013, con un plazo de ejecución contado a partir del 09 de octubre al 31 de diciembre de 2013, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTAMIL PESOS ($5.750.000).
8. No. **487** de fecha 24 de enero de 2014, con un plazo de ejecución contado a partir del 30 de enero al 30 de junio de 2014, por un valor de SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($6.900.000).
9. No. **868** de fecha 16 de Julio de 2014, con un plazo de ejecución contado a partir del 16 de Julio al 31 de agosto de 2014, por un valor de DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($2.300.000).
10. No. **1143** de fecha 10 de septiembre de 2014, con un plazo de ejecución contado a partir del 10 de septiembre al 31 de diciembre de 2014, por un valor de CUATRO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($4.600.000).
11. No. **497** de fecha 07 de enero de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 07 de enero al 31 de marzo de 2015, por un valor de TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($3.450.000).
12. No. **651** de fecha 31 de marzo de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 30 de junio de 2015, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).

VIGILADO Supersalud

hujuliomendezb

juridica@hujmb.com
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118 - 141
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
www.hujmb.com - Santa Marta - Colombia

Powered by CamScanner

13. No. **1695** de fecha 01 de Julio de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 31 de octubre de 2015, por un valor de CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS ($4.800.000).
14. No. **2533** de fecha 17 de noviembre de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 17 de noviembre al 31 de diciembre de 2015, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
15. No. **210** de fecha 05 de enero de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 05 al 31 de enero de 2016, por un valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000).
16. No. **1817** de fecha 01 de abril de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 30 de junio de 2016, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
17. No. **2202** de fecha 01 de julio de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 31 de agosto de 2016, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
18. No. **3013** de fecha 01 de septiembre de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de septiembre al 31 de octubre de 2016, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
19. No. **3820** de fecha 02 de noviembre de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de noviembre al 31 de diciembre de 2016, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
20. No. **476** de fecha 03 de enero de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 03 de enero al 30 de junio de 2017, por un valor de SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($7.200.000).
21. No. **1133** de fecha 04 de Julio de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de Julio al 31 de agosto de 2017, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
22. No. **2069** de fecha 04 de septiembre de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de septiembre al 30 de septiembre de 2017, por un valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000).
23. No. **2960** de fecha 09 de octubre de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 09 de octubre al 30 de noviembre de 2017, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
24. **ADICION Y PRORROGA** No. 001 de la orden de prestación de servicio No. **2960** de fecha 29 de noviembre de 2017 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de al 31 de diciembre de 2017, por un valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000).
25. No. **067** de fecha 04 de enero de 2018 con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de enero al 30 de junio de 2018, por un valor de SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($7.200.000).
26. No. **1152** de fecha 03 de Julio de 2018 con un plazo de ejecución contado a partir del 03 de Julio al 30 de septiembre de 2018, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
27. No. **2071** de fecha 01 de octubre de 2018 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de octubre al 31 de diciembre de 2018, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
28. No. **152** de fecha 02 de enero de 2019 con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de enero al 30 de junio de 2019, por un valor de SIETE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL PESOS ($7.632.000).
29. No. **1620** de fecha 02 de Julio de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Julio al 31 de octubre de 2019, por un valor de CINCO MILLONES OCHENTA Y OCHO MIL PESOS ($5.088.000).
30. No. **2024** de fecha 01 de noviembre de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de noviembre al 31 de diciembre de 2019, por un valor de DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS ($2.544.000).

VIGILADO Supersalud

hujullomendezb

juridica@hujmb.com
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118 - 141
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
www.hujmb.com - Santa Marta - Colombia

Powered by CamScanner

31. No. **478** 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 OCHENTA Y OCHO MIL PESOS ($5.088.000).
32. No. **1501** 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 QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS ($2.544.000).
33. No. **2187** 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).
34. No. **2759** 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).
35. No. **362** 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).
36. No. **1376** 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).
37. No. **2258** 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).
38. No. **3438** de fecha 01 de octubre de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de octubre al 31 de diciembre 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).

VIGILADO Supersalud

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 veinticuatro (24) días del mes de diciembre de 2021.

ANA MARIA CORDOBA LEAL
Jefe Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.

ELABORÓ: RONALD A. GOMEZ CAMACHO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA.

hujullomendezb

juridica@hujmb.com
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118 - 141
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
www.hujmb.com - Santa Marta - Colombia

Powered by CamScanner

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 36725223 **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 04/12/2023 12:20 PM

Código Verificación: **5G48BJW13A**

Válida hasta: **03/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Libertad y Orden

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Berlys. Vizcaino O
Apellidos	Vizcaino Olavarria
Documento de Identidad:	CC [X] TI [ ] PASA PORTE [ ] No. 36.725.223
Fecha de Nacimiento:	Día: 27 Mes: 01 Año: 1982

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	30-7-05	EX718-X	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	28-10-06		
	2	10-01-07	07-10-07	
	3			
	4	29-07-09		
	5			
Contra Hepatitis B	1	22-09-09		
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1-03-04			
Contra Influenza	6-08-09	094901	-0-	
	2-08-21	550221008		Erna Aguirre
Otras				

Powered by CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Berly Sawdith
Apellidos: Vizcaino Olaverria
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cual
No. 36725223
Fecha de nacimiento: Día 27 Mes 01 Año 1982

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	29-03-2021	Astrazeneca	210MAN519	HUJMB	Yessica Rodriguez	1004275363
	2	29-06-2021	Astrazeneca	NH0302	HUJMB	Yessica Cortes	57170480
		30-12-21	Astrazeneca	AH037	ESE Eduardo Gnecco Cal	Nery Palmera	26668287

Powered by CamScanner

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	2023-02-10 18:30

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
BERLY	SAUDITH	VIZCAINO	OLAVARRIA

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	36725223

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	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	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

Powered by CamScanner

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$1.800.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$1.800.000,00

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 [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:

Powered by CamScanner

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]

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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:

Powered by CamScanner

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

BERLY SAUDITH VIZCAINO OLAVARRIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **36.725.223**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Bogotá, Diciembre / 4 de 2023

Señor (a): BERLY SAUDITH VIZCAINO OLAVARRIA
CC. 36725223
CR 25A 39C 34
SANTA MARTA

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Enero / 25 de 2019, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

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

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Berly Saudith Vizcaino olavarría

Sexo: M [ ] F [X]

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C. [X] C.E [ ] T.I [ ] R.C [ ] PP [ ]	36.725.223	Santa Maria	28-01-2000

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
			X				X		3			X		

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
27 01 82	Santa Marta	Carrera 25a #29c-36	Santa Marta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
Berlyvizcaino@gmail.com	3043580428	

Ocupación (Seleccione)

Estudiante	Independiente	Empleado	Hogar	Jubilado	Actividad Principal CIIU
		X			8692

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
	Apoyo Terapeutico

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
HUJMB	Publica [X] Privada [ ] Mixta [ ] Otra, cual?	Auxiliar de Enfermeria

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Telefono
cra. 14 23-42	Santa Marta	Alcazares	4365007

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? SI [ ] NO [ ]

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	Total Egresos mensules
Otros Ingresos Mensules	Otros Egresos Mensuales
Total Activos	Total Pasivos
Mes y año de corte de la información financiera suministra: Mes / Año	Es declarante? SI [ ] NO [ ]

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? N.A

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP? N.A.

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: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) _____ efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

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

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder pare conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me

Berly Vizcaino O.

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

Powered by CamScanner