En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, VIRNA GREGORIA SEVILLA SUAREZ, Identificado con Cédula No. 26848326 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: _____

	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/		

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **26.848.326**

SEVILLA SUAREZ
APELLIDOS

VIRNA GREGORIA
NOMBRES

Virna Sevilla
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-JUN-1980**
PUEBLOVIEJO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.49 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

06-NOV-2001 PUEBLOVIEJO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-2100100-00847102-F-0026848326-20160907 **0050**59209A 1 45453874

Ingreso numero de identificacion

Verificar Registro

Ha buscado el número de identificación: **26848326**

Resultados encontrados:

#	No Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	primer nombre	segundo nombre	Fecha y Hora de Registro
1	26848326	SEVILLA	SUÁREZ	VIRNA	GREGORIA	2022-03-07, 10:30 a.m.

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) VIRNA GREGORIA SEVILLA SUAREZ identificado con C.C./C.E./P.P No. 26848326 expedida en Pueblo Viejo (Mag), 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 14 del mes de diciembre de 2023.

Firma _____

Nombre VIRNA GREGORIA SEVILLA SUAREZ

Cédula 26848326 de Pueblo Viejo (Mag)

COPIA CONTROLADA

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

Datos del usuario guardados

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Carga	
título	
nombre	virna gregoria
Apelidos	sevilla suárez
Fecha de nacimiento	06/03/1980 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
nombre y apellido	virna gregoria sevilla suárez
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	26848326
Dirección	
codigo postal	
estrato	2
Ubicación	santa marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	vsevillasuarez@gmail.com
Teléfono	
celular	3114599051
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

configuración

zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
configuracion regional	Español (Colombia)

Seguridad de la información

pregunta de seguridad	¿Cuál es tu apodo?
respuesta	virnagregoria75
SMS para recuperar la contraseña	3114599051

Editar

Santa Marta, diciembre de 2023.

Doctor
GERMAN VARGAS MOSQUERA
Gerente
Hospital Julio Méndez Barreneche
E. S. M

Cordial saludo,

Yo, VIRNA GREGORIA SEVILLA SUAREZ, identificada con cedula de ciudadanía número 26.848.326 expedida en Pueblo Viejo. Por medio de la presente me dirijo a usted, con el fin de remitirle mi hoja de vida y ofrecer mis servicios como Auxiliar de Enfermería.

Como podrá comprobar en el mismo, tengo experiencia en este campo, me considero una persona colaboradora, me gusta trabajar en equipo, estar en constante actualización para asíbrindar un servicio de calidad.

Espero se estudie mi solicitud y en espera de una positiva respuesta

De usted, atentamente,



Virna Gregoria Sevilla Suarez
C.C. No. 26.848.326 de Pueblo Viejo
CEL. 300 269 0778
CORREO: vsevillasuarez@gmail.com
DIR. Parque de Bolivar Etapa 1, Torre 19 Apto 203

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14950585016

(415)7707212489984(8020) 000001495058501 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 6 8 4 8 3 2 6	0	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	2 6 8 4 8 3 2 6	2 0 0 1 1 1 0 6

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
SEVILLA	SUAREZ	VIRNA	GREGORIA

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: CON PARQUES DE BOLIVAR ET UNO AP 203 TO DIECINUEVE

42. Correo electrónico: vsevillasuarez@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2023 - 09 - 25 / 14 : 49: 44

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 SANCHEZ PINEDO ANTONIO JOSE

985. Cargo Gestor I

COPIA 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
Sevilla	Suarez	Virna Gregoria

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 26848326	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 03 MES 06 AÑO 1980

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO PUEBLOVIEJO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

AVENIDA 0 0 0 Parque de Bolivar Etapa 1, Torre 19 Apto 203

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3114599051 EMAIL vsevillasuarez@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	2003
										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	4	X		ENFERMERIA	09	2007	

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 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	18	*Mes*	02	*Año*	2020	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL				*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 ALCAZARES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SU SERVICIO LTDA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4315531	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2010	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL				*DIRECCIÓN* CARRERA 2B 14 21 EDIFICIO DE LOS BANCOS OFC. 710						

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*						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	3	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	3

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.**

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 y en su nombre

La
Institución Educativa
"SAN JUAN DEL CORDOBA"

CIENAGA - MAGDALENA

Aprobada por resolución 122 de 5 de Diciembre de 2001 de la Secretaría de Educación

CONFIERE A:

VIRNA GREGORIA SEVILLA SUAREZ

Identificado con C.C. No. 26.848.326 de Pueblo viejo

El Titulo de

BACHILLER ACADEMICO

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, según los Planes y programas vigentes

Alvaro Rodriguez Avle
Rector

POR UN SAN JUAN UNIDO Y PROGRESISTA

Judith P de Pérez
Secretaria

Libro 01 Folio 004 Acta 004 Año 2003

Dado en Ciénaga a los 19 dias del mes de Diciembre de 2003

CORPORACION EDUCATIVA
INSALUD
¡ Un Nuevo Concepto en Educación !

APROBADO POR EL MINISTERIO DE SALUD SEGÚN ACUERDO 040 Y RESOLUCIÓN 525 DE NOVIEMBRE 04 DE 1999 DASED

ACTA No. 22

En la ciudad de Santa Marta D.T.C.H., a los 21 días del mes de Diciembre de 2001, se reunieron con el fin de formalizar la ceremonia de certificación de los alumnos, el director de la Corporación Educativa **INSALUD**, institución aprobada por el MINISTERIO DE SALUD SEGUN ACUERDO 040 Y RESOLUCION 525 DE NOVIEMBRE 04 DE 1999 por el DASED.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios programados por **INSALUD** y cumpliendo con los requisitos exigidos por los reglamentos internos, le confiere la presente certificación de Aptitud Ocupacional en el curso de 480 horas de **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, alumno cuyo nombre, apellido y número de Documento de identidad se relaciona a continuación:

VIRNA GREGORIA SEVILLA SUAREZ

IDENTIFICADO (A) CON C.C. 26.848.326 PUEBLO VIEJO (MAGDALENA)

Firmado y sellado por el suscrito director.
Dado en Santa Marta D.T.C.H. a los 21 días del mes de Diciembre de 2001.

FIRMADO Y SELLADO

CORPORACION EDUCATIVA INSALUD

DIRECTOR

REPUBLICA DE COLOMBIA - MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA - MUNICIPIO DE CIENAGA
INSTITUCION EDUCATIVA "SAN JUAN DEL CORDOBA"

Colegio Oficial Aprobado por Decreto No. 001 de Marzo 14 de 2003 - Secretaria de Educación Municipal Certificada
CÓDIGO DANE: 147189001186 - NIT.: 891780163-0
Calle 16 No. 21 - 17 TEL. 4240882 - Fax: 4240882
Ciénaga - Magdalena



ACTA DE GRADO

En Ciénaga, a los 19 días del mes de DICIEMBRE de 2003, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de Undécimo Grado, el(la) suscrito(a) Rector(a) y Secretaria, en la Rectoría de la INSTITUCION EDUCATIVA SAN JUAN DEL CORDOBA, Institución Oficial con Decreto de Aprobación Número 001 del 14 de Marzo de 2003 emanada de la Secretaría de Educación Municipal Certificada.

Comprobada la situació legal y académica de cada uno de los alumnos del Undécimo Grado, del nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el título de BACHILLER ACADEMICO, al graduando cuyo número de Orden, Apellidos, Nombres y Documento de Identidad se relaciona a continuación.

No.	APELLIDOS	NOMBRES
121	SEVILLA SUAREZ	VIRNA GREGORIA

Documento de Identidad No. 26.848.326 Expedido en PUEBLOVIEJO

Es fiel copia tomada del Acta original número 004 de fecha Diciembre 19 de 2003
Que consta de 132 alumnos graduados, comienza con los apellidos y nombres de AHUMADA RAMIREZ MARGARITA ISABEL y se cierra con los apellidos y nombres de ZARATE MARTINEZ JAIDER ALFONSO.

Firmado por Esp. JUANA MARIN DE CARRASQUILLA Rectora y MARIBEL POLO PAYARES Secretaria.

Dada en Ciénaga, Magdalena, a los 18 días del mes de SEPTIEMBRE de 2007.

Esp. JUANA MARIN DE CARRASQUILLA
C.C No. 39.030.262 de Ciénaga
RECTORA

MARIBEL POLO PAYARES
C.C 39.034.547 Ciénaga
SECRETARIA

República de Colombia

Departamento del Magdalena

CORPORACION EDUCATIVA INSALUD

¡Un Nuevo Concepto en Educación!

APROBADO POR EL MINISTERIO DE SALUD SEGÚN ACUERDO 040 Y RESOLUCIÓN 525 DE NOVIEMBRE 04 DE 1999 DASED

Teniendo en cuenta que:

VIRNA GREGORIA SEVILLA SUAREZ

IDENTIFICADO (A) CON C.C. 26.848.326 PUEBLO VIEJO (MAGDALENA)

Aprobó los estudios programados por **INSALUD** y cumplió los Requisitos Exigidos por los Reglamentos internos, le confiere el presente Certificado de Aptitud Ocupacional Técnica en.

Auxiliar de Enfermería

En testimonio de lo expuesto se expide el presente certificado que así lo acredita

Dado en Santa Marta, a los 21 días del mes de Diciembre de 2001.

CUPRO ADO DE SALUD
INSALUD

Director

Secretaria

CORPORACION EDUCATIVA
INSALUD
¡ Un Nuevo Concepto en Educación !

APROBADO POR EL MINISTERIO DE SALUD SEGÚN ACUERDO 040 Y RESOLUCIÓN 525 DE NOVIEMBRE 04 DE 1999 DASED

ACTA No. 22

En la ciudad de Santa Marta D.T.C.H., a los 21 días del mes de Diciembre de 2001, se reunieron con el fin de formalizar la ceremonia de certificación de los alumnos, el director de la Corporación Educativa **INSALUD**, institución aprobada por el MINISTERIO DE SALUD SEGUN ACUERDO 040 Y RESOLUCION 525 DE NOVIEMBRE 04 DE 1999 por el DASED.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios programados por **INSALUD** y cumpliendo con los requisitos exigidos por los reglamentos internos, le confiere la presente certificación de Aptitud Ocupacional en el curso de 480 horas de **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, alumno cuyo nombre, apellido y número de Documento de identidad se relaciona a continuación:

VIRNA GREGORIA SEVILLA SUAREZ
IDENTIFICADO (A) CON C.C. 26.848.326 PUEBLO VIEJO (MAGDALENA)

Firmado y sellado por el suscrito director.
Dado en Santa Marta D.T.C.H. a los 21 días del mes de Diciembre de 2001.

FIRMADO Y SELLADO

CORPORACION EDUCATIVA INSALUD

DIRECTOR

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 10079

"Por la cual se registra un título"

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

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

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **VIRNA GREGORIA SEVILLA SUAREZ,** identificado (a) con C.C N° 26.848.326 expedida en Pueblo Viejo- Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** para ejercer como **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** según Certificado de Aptitud Ocupacional Tecnica otorgado por La **CORPORACION EDUCATIVA "INSALUD",** Santa Marta, Magdalena, según Acta N° 22 del día 21 de Diciembre de 2001.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **VIRNA GREGORIA SEVILLA SUAREZ,** identificado (a) con C.C N° 26.848.326 expedida en Pueblo Viejo-Magdalena, para ejercer como **AUXILIAR DE 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 29 MAR. 2010

YESID SANGREGORIO RAMOS
Secretario de Salud del Magdalena

Elaborado y Revisado por: MARIA LUISA PEREZ NUÑEZ Profesional Especializado Area de Calidad en Salud

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

26848326

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

8970

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2023-12-29→8:44:02 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	26848326	VIRNA	GREGORIA	SEVILLA	SUAREZ	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) VIRNA GREGORIA SEVILLA SUAREZ identificado(a) con CC 26848326 registra La siguiente información:

2023-12-29→8:44:02 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	2010-03-29	10079	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

Virna Gregoria Sevilla Suárez

CC 26848326 de Pueblo Viejo - Magdalena

Realizó y aprobó el Diplomado en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual con enfoque diferencial - Código Fucsia / Sentencia C-055-2022 con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-10
Fecha de vencimiento: 2024-12-10

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

Virna Gregoria Sevilla Suárez

CC 26848326 de Pueblo Viejo - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Soporte Vital Básico RCCP (BLS)
con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-10
Fecha de vencimiento: 2024-12-10

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

Virna Gregoria Sevilla Suárez

CC 26848326 de Pueblo Viejo - Magdalena

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

Fecha de emisión: 2022-12-08
Fecha de vencimiento: 2024-12-08

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIS 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

Virna Gregoria Sevilla Suárez

CC 26848326 de Pueblo Viejo - Magdalena

Realizó y aprobó el Diplomado en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos
Decreto 1033 de 2014.
con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-08
Fecha de vencimiento: 2024-12-08

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

LABORATORIO CLÍNICO
MARTINEZ

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso

Fecha de consulta: 12/05/2023

Información paciente

Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Nombre completo: Virna Gregoria Sevilla Suarez
Responsable: El mismo paciente
Cargo: Auxiliar De Enfermería
Edad: 42
Estado civil: Casado
Teléfono: 3023537402
Nº hijos: 1
EPS: Cajacopi Eps

Empresa en misión:
Identificación: CC: 26848326
Acompañante: Ninguno
Fecha nacimiento: 03/06/1980
Genero: Femenino
Escolaridad: Técnica
Dirección: Magdalena, Santa marta,
ARL: No refiere
AFP: Colpensiones



Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Anexo

SE REALIZO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

Recomendaciones especificas

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, DIETA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

NOTAS: SE RECOMIENDA SEGUIR PROTOCOLOS DE SEGURIDAD EMPRESARIAL RESPECTO A LA PREVENCION DEL CONTAGIO POR SARS COVID 19

Pedro Francisco Manjarres Palacio
Profesión: Medico especialista en sst
Registro: 70584

Aspirante o trabajador
Virna Gregoria Sevilla Suarez
Identificación: CC: 26848326

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

Sus Servicios Ltda.
Nit: 900.113.092-1
Cadena en el Talento Humano

Santa Marta, Noviembre 08 de 2010.

CERTIFICAMOS QUE:

La señorita VIRNA GREGORIA SEVILLA SUAREZ laborò en esta empresa así:

DOCUMENTO : 26.848.326

CARGO : AUXILIAR DE ENFERMERIA

FECHA INGRESO : FEBRERO 01 DE 2010

FECHA FINAL : 30 DE JUNIO DE 2010

Se expide la presente certificación a solicitud de la parte interesada.

Atentamente,

IRINA ZUNIGA
Talentos Humanos

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 26848326 **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 27/12/2023 08:56 AM

Código Verificación: **KSYFJ1GEA2**

Válida hasta: **26/03/2024**

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 o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Virma Gregoria

Apellidos: Sevilla Suarez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 26848326

Fecha de Nacimiento: Día 03 Mes Junio Año 1980

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	26 NOV 2019	Serum 013N10439	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3	26-NOV-19	Serum 034491	
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	26-NOV-19	LG VHA12005	Clara
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	U	27-NOV-19	Sanofi H5415	Clara
Contra Influenza	2da	27-NOV-19	Crau V030386	Yosmy S
Virus de Papiloma Humano				

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	2023-02-13 15:51

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
VIRNA	GREGORIA	SEVILLA	SUAREZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	26848326

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$18.000.000,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

EPS | Cajacopi
Cuida de ti

CERTIFICADO DE AFILIACION DE CAJACOPI EPS SAS

Se certifica que SEVILLA SUAREZ VIRNA GREGORIA identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANÍA número 26848326 , se encuentra registrado(a), con la siguiente información:

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION:	CC-26848326
NOMBRES Y APELLIDOS:	SEVILLA SUAREZ VIRNA GREGORIA
TIPO DE AFILIADO:	COTIZANTE
ESTADO DE AFILIACIÓN:	ACTIVO
FECHA DE INGRESO A CAJACOPI EPS SAS:	01/08/2012
FECHA RETIRO CAJACOPI EPS SAS:	
DISCAPACIDAD:	NINGUNA
REGIMEN:	CONTRIBUTIVO
NIVEL:	1
MUNICIPIO / DEPARTAMENTO:	SANTA MARTA / MAGDALENA

SUBDIRECCION NACIONAL OPERACIONES
Fecha de generacion: 19/12/2023
Codigo de verificacion: AFCS202200000536910
Generado por: kilsa.almarales

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADO

Línea nacional: 018000111446
Correo: contacto@cajacopieps.com
www.cajacopieps.com

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

VIRNA GREGORIA SEVILLA SUAREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **26.848.326**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 29 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.

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

VIRNA GREGORIA SEVILLA SUAREZ															Sexo			
															M		F	X

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		26.848.326	SANTA MARTA	6/11/2001

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		1	X				X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
3	6	1980	PUEBLO VIEJO	ET. 1 TORRE 19 APTO. 203 PARQUES DE BOLIVAR	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
VSEVILLASUAREZ@GMAIL.COM	300 269 0778	

Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado				8	6	9	2

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
TECNICO EN ENFERMERIA	AUXILIAR DE ENFERMERIA

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
VIRNA GREGORIA SEVILLA SUAREZ	Publica		Privada	X	Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR DE ENFERMERIA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
ET 1 TORRE 19 APTO 203	SANTA MARTA	PARQUEZ DE BOLIVAR	300 269 0778

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	$1.500.000	Total Egresos mensules	$1. 000.000
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 12	Año 2022	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:

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.



S. FIRMA Y HUELLA

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento