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

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Katherine Alvia Duran Chinchilla Identificado con Cédula No. 1082991449 y Profesión Medico General. **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: _____

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

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.082.991.444**

RINCON CHINCHILLA

APELLIDOS

KATHERINE ANDREA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-NOV-1994**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

16-NOV-2012 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2100100-00423324-F-1082991444-20130130 **0032**272768A 1 39706218

Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1082991444**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1082991444	RINCON	CHINCHILLA	KATHERINE	ANDREA	2022-10-06, 7:50 am
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	1082991444	RINCON	CHINCHILLA	KATHERINE	ANDREA	2023-05-11, 1:30 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASE DE DATOS	CODIGO: GJC18F VERSION: 02 FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 07/09/2023 PAGINA 1 de 1

El (la) suscrito(a) Katherine Andrea Ruson Cruchilla, identificado con C.C./C.E./P.P No. 1082991444 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 31 del mes de enero de 2024.

Firma
Nombre Katherine Andrea Ruson Cruchilla
Cédula 1082991444

COPIA CONTROLADA

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 2:05:55
KATHERINE ANDREA...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio → **Configuraciones de Perfil**

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

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	MEDICO GENERAL
Título	
Nombre	Katherine Andrea
Apellidos	Rincon Chinchilla
Fecha de Nacimiento	3/11/1994 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	Katherine Andrea Rincon Chinchilla
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1082991444
Dirección	CALLE 50#66-87
Código postal	
Estrato	3
Ubicación	Cisneros
País	COLOMBIA
Correo electrónico	katherinerincon03@gmail.com
Teléfono	

Santa Marta, Magdalena
ENERO 2024

Doctor GERMAN GAVIRIA VARGAS

GERENTE
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
REF: PROPUESTA DE PRESTACION DE SERVICIOS

KATHERINE RINCON CHINCHILLA, identificada con la cédula de ciudadanía # 1082991444 de Santa marta - Magdalena, Medico egresado de la universidad Metropolitana de Barranquilla, muy respetuosamente me permito presentar a su consideración mi propuesta para la prestación de servicios como médico general de manera presencial o disponible según los horarios y tarifas establecidos y acordados en la institución y la comunidad a su digno cargo.

Agradezco de antemano su atención.

Atentamente,



KATHERINE ANDREA RINCON CHINCHILLA
CC 1082991444, Medico general, anexo documentos pertinentes
Email: katherinerincon03@gmail.com Cel: 3103744071
Dirección: Calle 20 # 20-25 BARRIO EL JARDIN

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14945182130

(415)7707212489984(8020) 000001494518213 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 2 9 9 1 4 4 4	7	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

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

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 50 # 66 - 87

42. Correo electrónico: katherinerincon03@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 2 6 7 3 1 0 5 9	

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
7 4 9 0	2 0 2 1 0 9 2 9	8 6 1 0	2 0 2 2 0 1 0 1					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 09 - 07 / 16 : 06: 37

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 RINCON CHINCHILLA KATHERINE ANDREA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
Rincon	Chinchilla	Katherine Andrea

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1082991444

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 03 MES 11 AÑO 1994

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 50 66 87 mz2 / urb torres del cisne

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3103744071 EMAIL katherinerincon03@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 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	12	X		MEDICINA	07	2020	

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD AGM SALD CTA, UNIDAD CLINICA LA MAGDALENA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BARRANCABERMEJA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6001003	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	08	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GNERAL	*DEPENDENCIA* A TERMINO FIJO					*DIRECCIÓN* CALLE 50 24 37					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	09	*Año* 2020	*Día*	01	*Mes*	09	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* ACTIVIDAD FISICA Y SALUD					*DIRECCIÓN* AVENIDA 24 289 null					

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	1	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	8

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

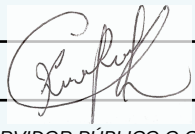
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

6 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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, ENERO 2024



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

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL
ESCUELA NORMAL SUPERIOR "MARÍA AUXILIADORA"

ESTABLECIMIENTO TOTALMENTE NACIONAL DESDE 1939 Y APROBADA POR RESOLUCIÓN No. 0013 DE 26 DE ENERO DE 2006, EMANADA DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DISTRITAL, PARA LOS NIVELES DE ENSEÑANZA: PREESCOLAR, BÁSICA (Primaria y Secundaria) Y MEDIA (Bachillerato Académico con Profundización en Pedagogía) Y SEGÚN RESOLUCIÓN No. 7769 DEL 6 DE SEPTIEMBRE DE 2010, EMANADA DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL PARA EL PROGRAMA DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA, CON ACREDITACIÓN DE CALIDAD Y DESARROLLO SEGÚN RESOLUCIÓN 451 DEL 5 DE MARZO DE 2003,

C O N F I E R E A

Rincón Chinchilla Katherine Andrea

Identificada con la T.I. N° 941103-21052 de Santa Marta

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO CON PROFUNDIZACION EN PEDAGOGÍA

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACIÓN MEDIA, SEGÚN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES

I.E.D Escuela Normal Superior María Auxiliadora DIRECCION Santa Marta

RECTORA

I.E.D Escuela Normal Superior María Auxiliadora SECRETARIA Santa Marta

SECRETARIA

Inscrito para efectos legales en el Libro de Registros N° 1
Folio 95 N° 059-68

Acta General de Graduación N° 53

Santa Marta 3 de Diciembre de 2011

NOTARIA PRIMERA DEL CIRCUITO DE SANTA MARTA
ESTA COPIA CORRESPONDE CON EL DOCUMENTO ORIGINAL QUE TUVE A LA VISTA
-7 MAYO 2020
NOTARIO PRIMERO (E)
Santa Marta D.T.C.H. Colombia

REPUBLICA DE COLOMBIA
LOMBANA ALTAFFELLA RODRIGUEZ
NOTARIO PRIMERO (E)
Santa Marta D.T.

REPÚBLICA DE COLOMBIA.
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD METROPOLITANA

Con Personería Jurídica No. 1052 del 25 de febrero de 1974 y con reconocimiento institucional como Universidad mediante la Resolución Nº 08687 del 24 de julio de 1987, expedidas por el Ministerio de Educación Nacional

TENIENDO EN CUENTA QUE

KATHERINE ANDREA RINCON CHINCHILLA

CC No. 1.082.991.444

HA CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS ACADÉMICOS REGLAMENTARIAMENTE EXIGIDOS, LE CONFIERE EL TÍTULO DE:

MÉDICO

SE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA EN BARRANQUILLA, ATLÁNTICO, A LOS 24 DÍAS DEL MES JULIO DEL AÑO 2020.

VICE-RECTOR ACADÉMICO

RECTOR

DIRECTOR DE PROGRAMA

ANOTADO EN EL LIBRO 3 . FOLIO 79 . REGISTRO DE DIPLOMA Nº M-7048 .
17118

UNIVERSIDAD METROPOLITANA

Con Personería Jurídica No. 1052 del 25 de febrero de 1974, expedida por el Ministerio de Justicia y con reconocimiento institucional como Universidad mediante la Resolución No. 09687 del 24 de julio de 1987, expedida por el Ministerio de Educación Nacional

ACTA DE GRADO

Programa de MEDICINA *Código: M-97-9350-20*

En Barranquilla a los 24 días del mes de Julio de 2020, según consta en el Acta No 97, se reunieron los señores JUAN JOSE ACOSTA OSSIO, Rector de la Universidad Metropolitana; ARTURO GONZALEZ PEÑA, Vice-Rector Academico, OSMAR DE JESÚS PÉREZ PÉREZ Director(a) de Programa, de forma virtual a través de la aplicación Teams de la Plataforma Office 365 y en atención a la Directiva del Ministerio de Educación Nacional No. 02 del 19 de marzo de 2020, con el fin de protocolizar el grado en el Programa Programa de MEDICINA a:

Katherine Andrea Rincon Chinchilla

Cédula De Ciudadanía 1.082.991.444 de Santa Marta

Quien recibe su titulo despúes de haber llenado los requisitos que los Reglamentos de la Universidad exigen para tal fin.

El señor Rector de la Universidad autorizó el envío del Diploma que lo acredita como:

Médico

Para constancia se firma la presente Acta por todos los que en ella han intervenido.

(Fdo) JUAN JOSE ACOSTA OSSIO
Rector

(Fdo)OSMAR DE JESÚS PÉREZ PÉREZ
Director(a) de Programa

(Fdo)ARTURO DAVID GONZALEZ PEÑA
Vice-Rector Academico

Es fiel copia de la parte pertinente del original, tomado del Libro de Actas respectivo.

ARTURO DAVID GONZALEZ PEÑA
Vice-Rector Academico

C108299144400156298

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **KATHERINE ANDREA RINCON CHINCHILLA**, identificado(a) con C.C. No. 1082991444 y T.P. o R.M. No. 1082991444 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el martes 05 diciembre 2023 a solicitud del(a) interesado(a).

BERNARDO ADOLFO ROBLEDO RIAGA
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MEDICA
PRESIDENTE

EL SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

CERTIFICA

Que conforme a lo establecido en el articulo 33 de la Ley 1164 de 2007 y las Resoluciones 1058 de 2010 y 2358 de 2014, el (la) profesional **KATHERINE ANDREA RINCON CHINCHILLA** identificado (a) con cédula de ciudadania No. 1,082,991,444 expedida en Santa Marta - Magdalena, cumplió el servicio social obligatorio como MÉDICO en ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND en la siguiente plaza y fecha:

Código Plaza	Lugar donde realizó el SSO	Modalidad (*)	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
4700100071031-4	ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND	Prestación de Servicios	02 de septiembre de 2020.	01 de septiembre de 2021.

*Según articulo 6 de la Resolución 1058 de 2010.

Santa Marta, septiembre 09 de 2021.

DIANA ESTHER CELEDÓN SANCHEZ
Secretario Seccional de Salud

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyecto Elaboró	Piedad De la Hoz Orozco	Profesional Universitario	
Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes. Por lo tanto, lo presentamos para su firma.			


La salud es de todos
Minsalud
COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO
CMC
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD
KATHERINE ANDREA RINCON CHINCHILLA
C.C. 1082991444
MÉDICO
Universidad Metropolitana
Barranquilla
Grado: 24/07/2020
Rethus: 28/09/2021


Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192de 2010.Si esta tarjeta es encontrrada, favor devolver al colegio medico colombiano Av. Carrera 15 # 100-43 Oficina 501 - Edificio Avenida 15 P.H.
Info@colegiomedicocolombiano.org
Firma Representante Colegio Medico Colombiano

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-06-07--2:26:32 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1082991444	KATHERINE	ANDREA	RINCON	CHINCHILLA	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) KATHERINE ANDREA RINCON CHINCHILLA identificado(a) con CC 1082991444 registra La siguiente información:

2023-06-07--2:26:32 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2021-09-28	91795	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA|MAGDALENA|SANTA MARTA	2020-09-02	2021-09-01	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

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).

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

Somos la Novena Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2022
Somos la Novena Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMÉRICA LATINA 2021

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3202277566

PÓLIZA No: 320 -89 - 994000004317 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CARRERA 47** COD. AGE: 320 RAMO: 89 PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
12	10	2023	10	10	2023	23:59 A LAS	10	10	2024	23:59 A LAS	366	12	10	2023

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
10	10	2023	23:59 A LAS	10	10	2024	23:59 A LAS	366

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **KATHERINE ANDREA RINCON CHINCHILLA** IDENTIFICACIÓN: CC **1082.991.444**

DIRECCIÓN: ET 2, URB EL CISNE CIUDAD: SANTA MARTA, MAGDALENA TELÉFONO: 6054240485

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **KATHERINE ANDREA RINCON CHINCHILLA** IDENTIFICACIÓN: CC **1082.991.444**

DIRECCIÓN: ET 2, URB EL CISNE CIUDAD: **SANTA MARTA, MAGDALENA** TELÉFONO: 6054240485

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: MAGDALENA CIUDAD: SANTA MARTA

DIRECCION: CALLE 0 No. 0-0 LUAR DONDE LABORA EL PROFESIONAL

ACTIVIDAD: MEDICO

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO	$ 250,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA	250,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO	250,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	250,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL	250,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	250,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

BENEFICIARIO
001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: RINCON CHINCHILLA, KATHERINE ANDREA
ASEGURADO: RINCON CHINCHILLA, KATHERINE ANDREA
BENEFICIARIO: Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.

PROFESION ASEGURADA: MEDICO
ESPECIALIZACION: NO APLICA

OBJETO:

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***250,000,000.00	$ **********232,775	$****10,000.00	$ *******46,127	$ **********288,902

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
ADRIANA MARGARITA SILVA MAESTRE	10679	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000320227756

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

AMVILLEGAS 0

CDDA207A0D08FB7B59

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano *** Dirección:** Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá *** Teléfono:** (601) 7919180
Fax: (601) 7919180 *** Celular:** 312 342 6229 *** Correo electrónico:** defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

Somos la Novena Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2022
Somos la Novena Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMÉRICA LATINA 2021

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3202277566

PÓLIZA No: 320 -89 - 994000004317 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: **CARRERA 47** COD. AGE: 320 RAMO: 89 PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
01	02	2024	01	02	2024	23:59	10	10	2024	23:59	252	01	02	2024

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: MODIFICACION

VIGENCIA DEL ANEXO DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	A LAS DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
01	02	2024	23:59	10	10	2024	23:59	252

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **KATHERINE ANDREA RINCON CHINCHILLA** IDENTIFICACIÓN: CC **1082.991.444**
DIRECCIÓN: ET 2, URB EL CISNE CIUDAD: SANTA MARTA, MAGDALENA TELÉFONO: 6054240485

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **KATHERINE ANDREA RINCON CHINCHILLA** IDENTIFICACIÓN: CC **1082.991.444**
DIRECCIÓN: ET 2, URB EL CISNE CIUDAD: **SANTA MARTA, MAGDALENA** TELÉFONO: 6054240485
BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: MAGDALENA CIUDAD: SANTA MARTA

DIRECCION: CALLE 0 No. 0-0 LUAR DONDE LABORA EL PROFESIONAL

ACTIVIDAD: MEDICO

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO	$ 400,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA	400,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO	400,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	400,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL	400,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	40,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE ACUERDA QUE A PARTIR DEL 01/02/2024 SE AUMENTA EL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA A COP $ 400.000.000 POR SOLICITUD DEL TOMADOR.

QUEDA CONVENIDO Y ACEPTADO QUE BAJO EL PRESENTE LÍMITE ASEGURADO SE ATENDERÁN AQUELLAS RECLAMACIONES CONOCIDAS POR PRIMERA VEZ POR LA ENTIDAD Y QUE SEAN POSTERIORES A LA FECHA DE EMISION DEL ANEXO.

PARA LOS DEMAS CASOS, APLICARAN LAS CONDICIONES PREVIAS CONTRATADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA.

DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES SIN MODIFICAR CONTINUAN VIGENTES.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***150,000,000.00	$ **********96,426	$********0.00	$ *******18,321	$ **********114,747

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
ADRIANA MARGARITA SILVA MAESTRE	10679	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000320227756

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CDDA207A0C0CFA7D5B

CLIENTE

JAOCHOA 0

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA
LA PARTICIPACIÓN DE

Katherine Andrea Rincon Chinchilla

CC: 1082991444

En el Curso de: **ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO**

Para: **Médica.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano. **Basados en el marco de la resolución, N° 0459 de 2012 y cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019. .**

Realizado el **20** del mes de **Septiembre** del **2021** con una intensidad de 80 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Instructor Internacional
Cesar Augusto Ropero Payares
Médico General
Coordinador Científico Quirón

Representante Legal
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 43 No 75B 187 Local 14 / Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Salamandra®
Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias y Emergencias

CERTIFICA QUE

KATHERINE ANDREA RINCON CHICHILLA

Documento de Identidad C.C.1082991444

Completó satisfactoriamente los requerimientos de aprobación del Curso

Soporte Vital Básico y Avanzado

el cual avala competencias en los componentes de

SOPORTE VITAL AVANZADO EN COLAPSO CARDIO-RESPIRATORIO, RCP Y TRAUMA EN PACIENTE PEDIÁTRICO Y NEONATAL

con una intensidad de 48 horas de Formación Semipresencial

Para constancia se firma digitalmente el 10 septiembre 2022
con una vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición.

REGISTRO ACADÉMICO
FUNDACIÓN SALAMANDRA

FIRMA CÓDIGO DIGITAL No. Fz5STlrJKR

Certificado Registrado
Verificación de datos:
registro@salamandra.edu.co

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA
LA PARTICIPACIÓN DE

Katherine Andrea Rincon Chinchilla

CC: 1082991444

En el Curso de: **ACLS - SOPORTE VITAL AVANZADO** basado en los lineamientos establecidos por la Sociedad americana del corazón(A.H.A).

Para: **Médica.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** Con instructor titulado por la sociedad americana del corazón. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano. **Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.**

Realizado el **30** del mes de **Septiembre** del **2021** con una intensidad de 24 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Instructor Internacional
Cesar Augusto Ropero Payares
Médico General
Coordinador Científico Quirón

Representante Legal
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 43 No 75B 187 Local 14 / Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Salamandra®
Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias y Emergencias

CERTIFICA QUE

KATHERINE ANDREA RINCON CHICHILLA

Documento de Identidad C.C. 1082991444

Completó satisfactoriamente los requerimientos de aprobación del Curso

Diplomado Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrico

el cual avala competencias en los componentes de

MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CRÍTICO NEONATAL Y PEDIÁTRICO

con una intensidad de **120 horas**

Para constancia se firma digitalmente el 8 septiembre 2022
con una vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición.

REGISTRO ACADÉMICO
FUNDACIÓN SALAMANDRA
FIRMA CÓDIGO DIGITAL No. F78xpnjuQ2

Certificado Registrado
Verificación de datos:
registro@salamandra.edu.co


ACESS
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA
SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL
Otorga el presente certificado a
KATHERINE ANDREA RINCON CHINCHILLA
C.C. 1082991444
Por haber asistido y aprobado el curso:
formación continua en
MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO
Realizado en modalidad virtual, del dia 11 al 14 de Agosto de 2022.
con una intensidad académica de 60 horas.
El curso cumple con lo establecido en la Res. 3100 del 2019.
Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8
Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS SANTA MARTA
info@acess.com.co
318 5954676 / 420 8583

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA
LA PARTICIPACIÓN DE

Katherine Andrea Rincon Chinchilla

CC: 1082991444

En el Curso de: **GESTIÓN DE DUELO**

Para: **Médica.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** GESTIÓN DE DUELO. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano. **Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.**

Realizado el **09** del mes de **Septiembre** del **2021** con una intensidad de 60 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Instructor Internacional
Cesar Augusto Ropero Payares
Médico General
Coordinador Científico Quirón

Representante Legal
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 43 No 75B 187 Local 14 / Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

www.acess.com.co

ACESS

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Otorga el presente certificado a

KATHERINE ANDREA RINCON CHINCHILLA

C.C. 1082991444

Por haber asistido y aprobado el curso:

GESTIÓN DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

CURSO ONLINE

Realizado en modalidad virtual, **del día 4 al 7 de Agosto de 2022.**
con una intensidad académica de **60 horas**.

El curso cumple con lo exigido en la Res. 3100 de 2019
Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 Art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS SANTA MARTA

info@acess.com.co 318 5954676 / 420 8583


ACES
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA
SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL
Otorga el presente certificado a
KATHERINE ANDREA RINCON CHINCHILLA
C.C. 1082991444
Por haber asistido y aprobado el curso:
HAZMAT MEDICO
ATENCIÓN A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS Y EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS O MATERIALES PELIGROSOS DE ACUERDO A LA NORMA NFPA 472
Realizado en modalidad virtual del 2 al 3 de Julio del 2022.
con una intensidad horaria de 40 horas.
El curso cumple con lo exigido por la Res. 3100 del 2019, bajo estándares internacionales NFPA 472.
Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 Art. 2.6.6.8
Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS SANTA MARTA
info@acess.com.co 318 5954676 / 420 8583

SERVICIOS MÉDICOS S.A.S.

SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S.

901127782-6

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2022-09-13 16:41:04

LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL 0460 SSM

DATOS DEL TRABAJADOR



PACIENTE: KATHERINE ANDREA RINCON CHINCHILLA — **ID:** CC 1082991444

FECHA DE NACIMIENTO: 1994-11-03 — **EDAD:** 27 Años — **TEL.** 3103744071

DIRECCION: URBANIZACION EL CISNE ETAPA 2 SANTA MARTA (MAGDALENA) — **SEXO:** F

CONVENIO: CLINICA LA MAGDALENA BARRANCABERMEJA — **ESTADO CIVIL:** SOLTERO

EPS: E.P.S. SANITAS S.A.

CARGO: MEDICO GENERAL

Trabajo en Alturas : --

Manipulación de Alimentos : --

Espacios Confinados: --

TIPO DE EXAMEN

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

EXÁMENES A REALIZAR

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

OTRO:

RECOMENDACIONES

Higiene postural SI — **Pausas activas:** SI — **Restricción para el manejo de cargas:** NO — **Uso epp:** SI

Edu. en manejo cargas: NO — **Fomento de hab. saludables :** SI

Ingreso a programa de vigilancia epidemiológica: --

2. Ingreso a programa de vigilancia epidemiológica: --

3. Ingreso a programa de vigilancia epidemiológica: --

4. Ingreso a programa de vigilancia epidemiológica: --

5. Ingreso a programa de vigilancia epidemiológica: --

Remision:

Observaciones:

CONCEPTO

Concepto de Ingreso: SIN RESTRICCIONES

Concepto Retiro: --

Concepto Periódico : --

SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S.
901127782-6
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL
FECHA: 2022-09-13 16:41:04
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL 0460 SSM

Observaciones:

1. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
2. HIGIENE POSTURAL Y DE CARGA
3. CUMPLIR NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

CONDUCTA

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

• Recomendaciones específicas:

☐ a. Entrenamiento y supervisión en movilización segura de cargas.
☐ b. Restricción para manejo de cargas.
☐ c. No exponer a ruido de más de 80 decibeles sin protección auditiva adecuada.

Otras:

ANA MARIA MARQUEZ TOLEDO
ESP. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
R.M. 1.083.002.307 S.S.M LIC. S.O. 1042 S.S.M

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

DIR. CRA 24 #19-07 - TEL. 3187691250 - E-MAIL: Serviciosmedicosambf9@gmail.com
SANTA MARTA - COLOMBIA

Unidad
Clinica la
Magdalena, S.A.S

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Por medio de la presente certifico que la señorita ***KATHERINE ANDREARINCON CHINCHILLA*** *identificada con Cedula de Ciudadanía No* ***1082991444,*** *expedida en Santamarta; desempeño sus labores como* ***MEDICO EN UCI NEONATAL Y PEDIATRICA DE LA UNIDAD CLINICA LA MAGDALENA,*** *desde el 1 de diciembre de 2021, hasta la fecha; en donde se le observó realizar su trabajo con responsabilidad, compromiso y entrega a sus pacientes.*

Por tal motivo me permito recomendarla, pues sé que a donde vaya será digna representante de mi recomendación

Se expide a solicitud de la interesada en la ciudad de Barrancabermeja a los treinta (30) días del mes de agosto de 2022.

Atentamente,

Crisar Guerrero
PEDIATRA PUNCIATRA
INTENSIVISTA PEDIATRA
CC./Mat. 1094332647

CRISAR AMANDA GUERRERO QUIROZ
Pediatra Intensivista
Tel: 6007003

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 1082991444 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 05/12/2023 08:51 AM

Código Verificación: **Y52WGRKF4P**

Válida hasta: **04/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	9. sep. 2014	024 C10158	Lindy
	2	24. feb. 15	024 L30028	Astrid.
	3	20. ene. 16	D2221	Manap
	4	18-01-19	22LS02616B	
	5			
Contra Hepatitis B	1	20. ene. 16	AHBVCS14BC	Manap
	2	20. feb. 16		
	3			
	B			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	/	24. feb. 15	KS289	Astrid.
Contra Influenza	Anual	20. ene. 16	140602	Manap ponce
		18-01-19	U0248007	
Virus de Papiloma Humano				
Meningococo	unico	27. jul. 15	M4102	Global farma

BIOLOGICO	DOSIS	FECHA	FABRICANTE Y LOTE	FIRMA
	1	08-06-19	UFX18008	Bekys Moreno
Hepatitis B	2			
	3			
Virus Papiloma Humano	1			
	2			
	3			

VACUNACION
Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena
Nit. 891703...

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	4	17 08-22	PFIZER Comirnaty	PCA 0076	Hemm	Yuri Gomora	Hemm
	2						

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	12-04 2021	Pfeizer	EW3344	IPS Natalis	Luis Caballero	1083567100
	2	03-05 2021	Pfizer	ET 6924	IPS natalis	Jose gonzales	85465344
		07-12-21	Pfizer	FJ8758	Sinergia	Sandra M. Mendoza AUXILIAR DE ENFERMERÍA C.C. 37.575.465 Reg. 10429	

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	2023-06-07 02:48

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
KATHERINE	ANDREA	RINCON	CHINCHILLA

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1082991444

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:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$5.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$5.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$10.000.000,00

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:

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:

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1082991444
NOMBRES Y APELLIDOS	Rincon Chinchilla,Katherine Andrea
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/12/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Rincon Chinchilla,Katherine Andrea, a los 05 días del mes de diciembre del año 2023.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RINCON CHINCHILLA KATHERINE ANDREA** identificado(a) con **CC** número **1.082.991.444** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 15 de agosto de 2020 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 05 de diciembre de 2023.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023120508494

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: KATHERINE ANDREA RINCON CHINCHILLA												Sexo			
												M		F	x

Tipo de Documento										Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	x	C.E		T.I		R.C		PP		1082991444	SANTA MARTA	16/11/2012

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

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
3	11	1994	SANTA MARTA	CALLE 20 # 20-25	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
KATHERINERINCON03@GMAIL.COM	3103744071	

Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	x	Empleado		Hogar		Jubilado							

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
EJERCICIO PROFESIONAL	

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	MEDICO GENERAL

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CALLE 14 # 28-42	SANTA MARTA	ALCAZAREZ	4365007

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 4,000,000			Total Egresos mensules 2,000,000					
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales					
Total Activos 4,000,000			Total Pasivos 2,000,000					
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12	Año 2023	Es declarante?	SI	X	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?

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO

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

EJERCICIO PROFESIONAL

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.



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