E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE

LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ADMINISTRATIVO

CODIGO: GJC16F
VERSION: 06
FECHA DE ULTIMA REVISION: 7/09/2023
PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, Cesar de Jesus Camargo Lopez, Identificado con Cédula No. 79266362 y Profesión Tecni Administrativo **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 ADMINISTRATIVO – 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 — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		✓
14	Tarjeta Profesional		✓
15	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)**	✓	
16	Soporte de experiencia laboral.	✓	
17	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en **https://carpetaciudadana.and.gov.co/** ***previo registro en el sitio web.***	✓	
18	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**)	✓	
19	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)**	✓	
20	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)**	✓	
21	Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: **https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/**	✓	

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.266.362**

CAMARGO LOPEZ
APELLIDOS

CESAR DE JESUS
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-ABR-1962
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

15-MAY-1981 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-2100100-51138962-M-0079266362-20051102 0084695306A 02 177867185

SIJI

Ingrese numero de identificación

Pantalla Principal

Verificar Registro

Persona Natural

Persona Jurídica

Has buscado el número de identificación: **79266362**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	79266362	CAMARGO	LOPEZ	CESAR	DE JESUS	2022-12-13, 4:25 pm

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE

CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASE DE DATOS

El (la) suscrito(a) César de Jesús Camargo Lopez identificado con C.C./C.E./P.P No. 79266362 expedida en Bogotá, 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 7 del mes de Diciembre de 2023.

Firma _____
Nombre César de Jesus Camargo López
Cédula 79266362

COPIA CONTROLADA

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

Datos del usuario guardados

Información del usuario



Género	Hombre
Cargo	TECNICO ADMINISTRATIVO EN FACTURACION
Titulo	
Nombre	CESAR DE JESUS
Apellidos	CAMARGO LOPEZ
Fecha de Nacimiento	22/04/1962 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	CESAR DE JESUS CAMARGO LOPEZ
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	79266762
Dirección	kra 4A #30-64 manzanarez
Código postal	
Estrato	3
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	cecamargol@hotmail.com
Teléfono	3017555038
Celular	3017555038
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

Datos del usuario guardados

Configuración

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

ad de la información

egunta de seguridad	¿Cuál es tu apodo?
Respuesta	CHECHA
MS para recuperar la contraseña	3017555038

Santa Marta D.T.C.H., 07 de Diciembre de 2023

Señor:
GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA
GERENTE
E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Asunto: **PROPUESTA DE TRABAJO APOYO ADMINISTRATIVO EN FACTURACION**

Yo, **CESAR DE JESUS CAMARGO LOPEZ** identificado con la cédula N° 79266362 de Bogotá. Mediante el presente me permito dejar en consideración el asunto de la referencia. Por lo cual solicito me permita continuar al servicio de la institución; prestando mis servicios como **APOYO ADMINISTRATIVO DN EL AREA DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, para desarrollar las distintas actividades o funciones determinadas por la institución; con responsabilidad y eficiencia; cumpliendo metas y objetivos de las tareas diarias donde lo requiera la institución.
Agradeciendo su amable colaboración.

Atentamente,

CESAR CAMARGO LOPEZ
CC 79266362 de Bogotá

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14833284812

(415)7707212489984(8020) 000001483328481 2

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CAMARGO	LOPEZ	CESAR	DE JESUS

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CR 4 A 30 64 BRR MANZANARES

42. Correo electrónico cecamargol@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 1 7 5 5 5 0 3 8	3 0 0 4 0 1 2 2 5 6

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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 2022 - 06 - 14 / 15 : 22: 41

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 CAMARGO LOPEZ CESAR DE JESUS
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Camargo	Lopez	Cesar de Jesus

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 79266362 | SEXO: F ( ) M (X) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) | PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 79266362 D.M. 52

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 22 MES 04 AÑO 1962

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

- cra 4 ta A # 30-64

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: 4350569 EMAIL: cecamargol@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1975
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X		TECNICA PROFESIONAL EN ADMINISTRACION TURISTICA	09	1988	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO 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	01	*Mes*	10	*Año* 2023	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADMINISTRATIVO DE FACTURACION	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3017555038	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL FACTURADOR	*DEPENDENCIA* ADMIN Y FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3106452030	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	06	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL FACTURADOR	*DEPENDENCIA* AREA DE LABORATORIO CLINICO					*DIRECCIÓN* - a 24-289, Av. El Libertador ##24147, Santa Marta, Magdalena						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA MARCARIBE COLSALUD S.A			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4206464	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	12	*Mes*	10	*Año* 2006	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL FACTURADORA Y ANALISTA DE CUEN	*DEPENDENCIA* AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					*DIRECCIÓN* - CALLE 21 N° 18 A 103						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2001	*Día*	04	*Mes*	09	*Año*	2003	
CARGO O CONTRATO ACTUAL FACTURADOR	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y FACTURACION					*DIRECCIÓN* - Cra. 14 #23-42,						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ACTIVOS S.A. - UNIMEC EPS S.A			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 954204243	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	06	*Año*	1997	*Día*	22	*Mes*	06	*Año*	2000
CARGO O CONTRATO ACTUAL RECOBROS	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - CARTERA						*DIRECCIÓN* - AV LIBERTADOR N° 22-30					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD BONSALUD S.A			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	05	*Año*	1997	*Día*	07	*Mes*	05	*Año*	1997
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR DE USUARIOS	*DEPENDENCIA* AREA DE ASESORIAS						*DIRECCIÓN* - CALLE 23 N° 1C-59					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD A TIEMPO LTDA - BBVA HORIZONTE PENSIONES Y CESANTIAS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	09	*Año*	1994	*Día*	04	*Mes*	12	*Año*	1995
CARGO O CONTRATO ACTUAL AASESOR COMERCIAL	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATVIA -COMERCIAL						*DIRECCIÓN* - Cra. 5 #24-43 L-2,					

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 ÚNICO

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	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	18	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	21	11

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 7 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

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 933 de 2003
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

CESAR DE JESUS CAMARGO LOPEZ

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 79.266.362

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

NIVEL AVANZADO - Facturar los servicios de salud prestados según pagador, tipo de contratación y normativa vigente.

Código: 230101028

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en SANTA MARTA, A los treinta y uno (31) días del mes de Agosto de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
EDUARDO JUNIOR ROBLES PANETTA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

146670 - 31/08/2017
No Y FECHA REGISTRO

EDUARDO JUNIOR ROBLES PANETTA
Subdirector CENTRO DE LOGÍSTICA Y PROMOCIÓN ECOTURÍSTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

VIGENCIA
31 de Agosto de 2020

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 952900230101028CC79266362C.

GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA

Y

ASOCIACIÓN DE MÉDICOS GENERALES DEL ATLÁNTICO

OTORGAN EL DIPLOMADO DE:

AUDITORIA DE CUENTAS Y FACTURACION DE SERVICIOS DE SALUD

A

CESAR DE JESUS CAMARGO LOPEZ

QUIEN APROBÓ 120 HORAS DE ESTUDIO ACADÉMICO CATEGORIA I DE EDUCACIÓN CONTINUADA DURANTE LOS MESES DE MARZO A MAYO DEL 2006

LEONARDO ROSANÍA O. M.D.
DIRECTOR CIENTÍFICO GESCON

LUIS FELIPE MENDOZA A.
GERENTE ADMINISTRATIVO GESCON

PEDRO CARRILLO R. M.D.
PRESIDENTE ASOMEGA

LUIS PADILLA R. M.D.
DIRECTOR CIENTÍFICO ASOMEGA

República de Colombia

Departamento del Magdalena

La Secretaría de Educación Pública del Magdalena

Teniendo en cuenta que:

Cesar De J Camargo

Cursó y Aprobó en la

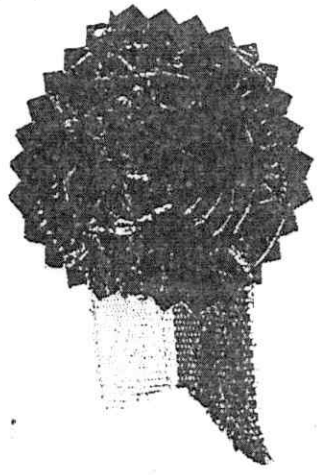
Escuela Parroquial "Fatima - pio X"

LOS CINCO AÑOS (5) DE ESTUDIOS PRIMARIOS, SEGUN EL PLAN DE ESTUDIOS QUE ESTABLECE EL EJECUTIVO NACIONAL, (DECRETOS NOS. 1710 DE JULIO 25 DE 1.963 Y 274 DE MARZO 3 DE 1.971 Y LA RESOLUCION NO. 3308 DE JUNIO 3 DE 1.971).

LE CONFIERE EL PRESENTE

DIPLOMA
DE
Estudios Primarios

Dado en Sta Mta a los 25 del mes de Nov de 1.975



Miryam B. Lache R.
Director de Grupo

ESCUELA PARROQUIAL
SAN PIO X
Santa Marta

Georgina de Mier
Director General de la Escuela

Entidad Promotora de Salud
La EPS creada por los Especialistas de la Salud

Hace constar que :

CESAR CAMARGO

Asistió al Seminario de Actualización en Seguridad Social en Salud aplicado a EPS, celebrado en Barranquilla los días 25 y 26 de Mayo de 2000, con una intensidad horaria de veinte horas.

Dr. Eduardo Escandon García
Presidente

Dr. Libardo Chavez Guerrero
Vicepresidente Médico

Dr. Ivan J. Armenta Gutierrez
Asesor Nal. de Servicios de Salud

PREVENIR 1-A S.A
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

INGRESO

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )

DATOS DEL PACIENTE



Fecha 30/08/2022 11:47:00 Cargo FACTURADOR

Empresa PARTICULAR

Nombre CESAR DE JESUS CAMARGO LOPEZ

Doc. Identidad CC 79266362 Edad 60 Años Género Masculino

Dirección CRA 4A NO 30-64 Teléfono 3017555038

Escolaridad Tecnológica

Eps EPS SANITAS

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO

Sin restricciones para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

PARA EL TRABAJADOR:
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
HIGIENE POSTURAL
EJERCICIOS FUNCIONALES
CONTROL DE PESO POR DIETISTA DE LA EPS (IMC 25.04)

--CONTINUAR CONTROLES DE CIFRAS TENSIONALES POR MEDICINA GENERAL DE LA EPS.

--CONTROL POR MEDICINA GENERAL DE LA EPS ANTE SIGNOS DE ALARMA.

-- AL SISO DE LA EMPRESA SE SOLICITA SEGUIMIENTO DEL CASO.

NOTA: TENIENDO EN CUENTA LAS PATOLOGÍAS QUE PRESENTA EL PACIENTE, DEBE TENER CONTROL ESTRICTO CON SUS MÉDICOS TRATANTES Y SEGUIR LAS DIRECTRICES DEL GOBIERNO NACIONAL EN CUANTO A PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA DE LA SALUD.

DEBE SEGUIR LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES: REPORTAR DIARIAMENTE SU ESTADO DE SALUD A LA EMPRESA, DEBE ACUDIR A SU EPS/IPS ANTE SIGNOS DE ALARMA, USO DE TAPABOCAS OBLIGATORIO, LAVADO DE MANOS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL.

NOTA: LA ATENCIÓN SE HIZO BAJO EL PROTOCOLO GENERAL DE BIOSEGURIDAD DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN # 692 DEL 29 DE

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM. 41694/01 MP
Lic Ocupacional : 2268/2019 SDSM

Trabajador: CESAR DE JESUS CAMARGO
CC: 79266362
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad.

Captura dactilar

HORIZONTE
PENSIONES Y CESANTIAS S.A.

A QUIEN INTERESE:

Nos permitimos certificar que **CESAR DE JESUS CAMARGO LOPEZ** identificado con cédula de ciudadanía No. 79.266.362 de Bogotá laboró con **HORIZONTE PENSIONES Y CESANTIAS S.A.**, desde el 12 de Septiembre de 1.994 hasta el 4 de Diciembre de 1.995 desempeñando el cargo de **ASESOR COMERCIAL** con una asignación básica de 200.000.

La anterior constancia se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Mayo de mil novecientos noventa y seis.

Cordialmente,

MARIA VICTORIA JANNA ABISAAD.
Gerente Zona Caribe.

ACCIONISTAS
Banco de Colombia
BANCO GANADERO
Coltefinanciera S.A.
Banco Superior
Granahorrar
FORMA HPC-003

HOSPITAL CENTRAL
JULIO MENDOZA BARRANQUILLA E.S.E.

EL JEFE DE LA SECCION FINANCIERA

HACE CONSTAR:

Que el señor CESAR CAMARGO LOPEZ identificado con Cédula de Ciudadanía No. 79.266.362 expedida en Santa Fe de Bogotá (Dtmarca), labora en esta institución desde el 1 de septiembre de 2001 hasta la fecha, como SUPERVISOR DE FACTURACION SOAT ECAT Y OTROS; bajo la modalidad de contrato por prestación de servicios, además ha desempeñado los cargos de Supervisor de Facturación en el Area de Hospitalización, Cirugías, Urgencias y Consulta Externa.

La presente constancia se expide a solicitud del interesado a los 4 días del mes de julio de 2003

Atentamente,

JUAN FEDERICO BATEMAN ZUÑIGA

MAR CARIBE COLSALUD S.A. CLINICA MARCARIBE
Nit: 819.002.176-8
Calle 21 No. 18ª 103
Teléfonos 420 64 64 – 420 64 65

A QUIEN INTERESE:

La suscrita Directora Financiera de la Compañía Colombiana de Salud COLSALUD S.A. CLINICA MARCARIBE, se permito recomendar de manera especial al señor **CESAR CAMARGO LOPEZ** identificado con la cedula de ciudadanía No. 79.266.362 de Bogota, quien ha venido desempeñando funciones en la Clinica Marcaribe como Facturador y Auxiliar de Cuentas por Pagar y Auditoria de cuentas medicas por pagar, cargo que ejerce de manera idónea, profesional y eficiente.

La anterior se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de octubre de 2006.

Atentamente,

IRINA PIZARRO FERNANDEZ
DIRECTORA FINANCIERA

UNIMEC S.A.
Entidad Promotora de Salud
La EPS creada por los Especialistas de la Salud

A QUIEN INTERESE

Nos permitimos certificar que **CESAR DE JESUS CAMARGO LOPEZ** identificado con la cédula de ciudadanía N° 79.266.362 de Bogotá labora con **UNIMEC EPS S.A.**, desde el 5 de Junio de 1.997 hasta la fecha, desempeñando el cargo de **RECOBRO Y CARTERA.**

La presente constancia se expide a solicitud del interesado a los 22 días del mes de Junio del año dos mil.

Cordialmente,

ZULAY YANET LINDARTE
GERENTE-SUCURSAL MAGDALENA

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 79266362 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 04/12/2023 05:24 PM

Código Verificación: **A7KMTNF9SU**

Válida hasta: **03/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

El servicio público es de todos | Función Pública

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA PERSONA NATURAL (LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, CESAR DE JESUS CAMARGO LOPEZ

IDENTIFICADO CON: C.C. C.E. T.I. N° 79.266.362 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA
Dirección	CRA 4 N° 30-64 BARRIO MANZANARES			Teléfonos	3017555038

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ANA MARIA LOPEZ DE CAMARGO	26.655.395	MADRE
CESAR AUGUSTO CAMARGO TORRES	1.686.743	PADRE
ANA GABRIELA CAMARGO POMARES	1.205.966.050	HIJA

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	-
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	-
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	$ -

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO DE OCCIDENTE	AHORROS	870-849817	SANTA MARTA	$ -

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
CASA	CIUDADELA 29 DE JULIO MANZANA 61 CASA 1	120.000.000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCOLOMBIA	CREDITO HIPOTECARIO	$ 27.000.000
BANCOLOMBIA	TARJETA DE CREDITO	$ 5.000.000
DAVIVIENDA	TARJETA DE CREDITO	$ 50.000.000

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
MONICA DE LOS MILAGROS POMARES HERNANDEZ	C.C. C.E. T.I.	57.404.199

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

SANTA MARTA 30 DE DICIEMBRE DE 2022
CIUDAD Y FECHA

DAFP-FOR

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 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, Junio 09 de 2023

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

8 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

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 79266362
NOMBRES Y APELLIDOS	Camargo Lopez,Cesar De Jesus
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente, Independiente Con
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/09/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Camargo Lopez,Cesar De Jesus, a los 04 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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CESAR DE JESUS CAMARGO LOPEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79266362,** se encuentra afiliado/a desde **01/09/2011** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de diciembre de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos													Sexo	
César de Jesús Camargo López													M X	F
Tipo de Documento									Número		Expedida en		Fecha de Expedición	
C.C. X	C.E		T.I		R.C		PP		79.266.362		Bogotá		1981/05/15	
Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
	X						X		2	X				X
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento		Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento	
22	04	1962	Santa Marta		Carrera 4TA A # 3064 Menares					Santa Marta			Magdalena	
Correo Electrónico										No. Celular			Telefono	
ccdecamargol@hotmail.com - ccdecamargol1@gmail.com										3017555038				
Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado						
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIIU				

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
	Publica		Privada		Mixta		Otra, cual?	
Dirección de empresa o negocio		Ciudad			Barrio			No. Teléfono
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						SI		NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales			Total Egresos mensules			
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales			
Total Activos			Total Pasivos			
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

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 licitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mis(i) cuenta(s) efectuen terceros con dinero proveniente de actividades ilicitas 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):