HUJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CODIGO: GJC12F 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, Iam Segledis Mosquera, Identificado con Cédula No. 1004318010 y Profesión Enfermero **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://siii.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 Unico 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 ÉTICC PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (**fecha vigente – Mes Actual**).		
13	Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) – **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**)		
15	Tarjeta Profesional		
16	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)		
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**).		
19	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, (**Vigencia no Superior a DOS (02) años**).		
20	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, (**Vigencia no Superior a DOS (02) años**).		
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) (**Vigencia no Superior a DOS (02) años**).		
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal – **NALS** (Neonatólogo) (**Vigencia no Superior a DOS (02) años**).		
23	Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*.		
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)		
26	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías*.		
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***).		
28	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), (**Vigencia no Superior a DOS (02) años**).		
29	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 – Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (**Vigencia no superior a TRES (03) años**)		
30	Soporte de experiencia laboral.		
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en: https://carpetaciudadana.and.gov.co/ ***previo registro en el sitio web.***		
32	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)		
33	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** – Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (**Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año**)		
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)		
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)		
36	Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.004.378.010**
SEQUEDAS MOSQUERA
APELLIDOS
TARIN DARIANA
NOMBRES
Tarin Sequedas
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

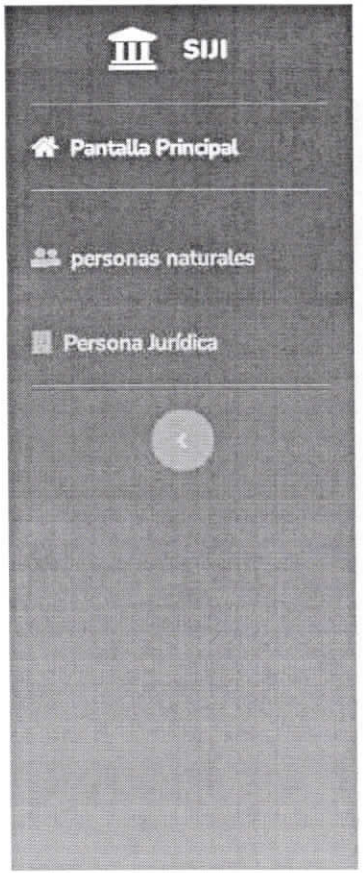
FECHA DE NACIMIENTO **13-NOV-2000**
CIENAGA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA | **AB+** G.S. RH | **F** SEXO

30-NOV-2018 CIENAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-2101600-01055390-F-1004378010-20190115 0064163844A 1 51401324



Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural

Ingrese el número de identificación

Verificar Registro

Ha buscado el número de identificación: **1004378010**

Resultados encontrados:

#	No Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1004378010	SEQUEDAS	MOSQUERA	TARÍN	DARIANA	2023-12-13, 8:40 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2024

HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	**CONSENTIMIENTO INFORMADO** **CONSULTA EN BASES DE DATOS**	CODIGO: VERSION: FECHA DE ULTIMA REVISION: PAGINA 1 de 1

El(la) suscrito(a) **TARIN DARIANA SEQUEDAS MOSQUERA** identificado con C.C./C.E./P.P No. 1.004.378.010 expedida en CIENAGA MAGDALENA, 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 02 del mes de Febrero de 2024.

Firma Tarin Sequedas Mosquera
Nombre Tarin Sequedas Mosquera
Cédula 1.004.378.010

COPIA CONTROLADA

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

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	
Título	
Nombre	TARIN DARIANA
Apellidos	SEQUEDAS MOSQUERA
Fecha de Nacimiento	13/11/2000 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	TARIN DARIANA SEQUEDAS MOSQUERA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1004378010
Dirección	carrera 27 22-04
Código postal	
Estrato	1
Ubicación	Ciénaga
País	COLOMBIA
Correo electrónico	tarindarianamosquera@gmail.com
Teléfono	
Celular	3244987139
Nivel Educativo	Universitaria completa (con título)

Configuración

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

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es tu apodo?
Respuesta	la negra
SMS para recuperar la contraseña	3244987139

Editar

Santa Marta 5 de enero 2024

Señor

GERMAN GAVIRIA

GERENTE

E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Cordial saludo;

Asunto: propuesta laboral

Yo **TARIN SEQUEDAS MOSQUERA** con cc: **1.004.378.010** de ciénaga magdalena por medio del presente escrito ofrezco ante usted mi servicio como **ENFERMERA** en los diferentes servicios de esta prestigiosa institución. Con capacidad e interés por aplicar los conocimientos adquiridos y desarrollar habilidades que contribuya al cumplimientos de los objetivos de importancia en la institución de salud, esperando cumplir con el perfil solicitado.

Agradezco su atención prestada

Tarin Sequedas M.

TARIN SEQUEDAS MOSQUERA

CC: 1.004.378.010

CARRERA 27 # 22-04 PARAISO

CORREO: tarindarianamosquera@gmail.com

CELULAR: 3244987139

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14973698771

(415)7707212489984(8020) 000001497369877 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 4 3 7 8 0 1 0	2	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 0 4 3 7 8 0 1 0	2 0 1 8 1 1 3 0

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Ciénaga 1 8 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SEQUEDAS	MOSQUERA	TARIN	DARIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Ciénaga 1 8 9

41. Dirección principal: CR 27 # 22-04 BRR Paraiso

42. Correo electrónico: tarindarianamosquera@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

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

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

Usuarios 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 ☐ 60. No. de Folios: 61. Fecha

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

985. Cargo

EN TRAMITE 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
Sequedas	Mosquera	Tarin Darian

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1004378010 | 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 13 MES 11 AÑO 2000

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: CIÉNAGA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 24 13 22 San Mateo

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: FUSAGASUGÁ

TELÉFONO: 4102303 EMAIL: tarindarianamosquera@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	8	X		ENFERMERIA	12	2022	1004378010

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 VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día		Mes		Año		Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA					DIRECCIÓN					

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

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 Ciénaga - Magdalena 02-02-2024

Tarin Segueda Mosquera.

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

Instituto "Gabriela Mistral"

Ciénaga Magdalena

Decreto de Aprobación No. 270 del 30 de Septiembre de 2013
Emanada por la Secretaría de Educación de Ciénaga
NIT. 800037784-8
Código DANE 347189002769

Confiere a:

Tarin Dariana Sequedas Mosquera

Identificada con Documento No. 1.004.378.010

El Título de:

Bachiller Académico

Po haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral
Correspondiente al nivel de educación Media Académica, de acuerdo al
Proyecto Educativo Institucional P.E.I del Instituto.

HUGO NEL OLIVERA FRANCO
RECTOR

ROSANA MARCELA ROYERO CASTILLO
SECRETARIA

Acta de Grado

Aprobado Oficialmente
por la Alcaldía Municipal de Ciénaga Magdalena,
mediante Decreto de Aprobación No. 270 del 30 de Septiembre de 2013
Emanada por la Secretaría de Educación de Ciénaga
NIT: 800.037.784-8 Código del DANE: 347189002769
Código del DANE: 347189002769

Cra 21 No 21-05 - Tel. 4241452
Ciénaga - Magd.

En la Ciudad de Ciénaga a los 3 días del mes de Diciembre del 2016, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos HUGO NEL OLIVERA FRANCO Rector y ROSANA MARCELA ROYERO CASTILLO Secretaria en la Rectoría del INSTITUTO GABRIELA MISTRAL, institución aprobada hasta UNDÉCIMO GRADO en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizado por la Secretaría de Desarrollo de la Educación del Departamento para otorgar el título de BACHILLER en la modalidad ACADÉMICA según Decreto de Aprobación No. 270 del 30 de Septiembre de 2013.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el título de BACHILLER ACADÉMICO al graduando cuyo número de orden, nombre, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

Sequedas Mosquera Tarin Dariana

Documento No. 1.004.378.010

Es fiel copia tomada del Acta Oficial No ___ de fecha____ de _____ la cual consta de 9 alumnos graduados, comienza con el Nombre de: DE LA HOZ RANGEL SERGIO ANDRÉS y se cierra con el Nombre de SEQUEDAS MOSQUERA TARIN DARIANA.

Firmado y sellado por HUGO NEL OLIVERA FRANCO (Rector) y ROSANA MARCELA ROYERO CASTILLO (Secretaria)

Dado en Ciénaga, Magd. El 3 del mes de Diciembre del Año 2016. En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el Artículo 7o del Decreto 180 de 1981.

Firmado y Sellado

Hugo Nel Olivera Franco
Rector
C.C. No 12.632.665

Rosana Marcela Royero Castillo
Secretaria
C.C. No 39.004.748

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002,emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 04-4167-2022

PROGRAMA:	ENFERMERÍA
CODIGO SNIES:	4176
FECHA GRADO:	27 DE ENERO DE 2023
LUGAR:	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS SANTA MARTA

En atención a que TARIN DARIANA SEQUEDAS MOSQUERA con Cédula de Ciudadanía No 1.004.378.010 de Cienaga cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de: ENFERMERA.

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico del Campus Santa Marta, mediante acta No 019 en sesión del día 20 de diciembre de 2022.

Para constancia se citan en este título las autoridades competentes: Rector(a), Director(a) de Campus, Decano(a) Facultad y Secretario(a) General de la Universidad, así:

Rector(a):	MARITZA RONDON RANGEL
Director(a) de Campus:	ADRIANA SANTARELLI FRANCO
Decano(a) Facultad:	DORIAM ESPERANZA CAMACHO RODRIGUEZ
Secretario (a) General:	GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de Santa Marta el día 27 DE ENERO DE 2023

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente.

VIGILADA MINEDUCACIÓN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1985 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002,emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

TARIN DARIANA SEQUEDAS MOSQUERA

con Cédula de Ciudadanía No. 1.004.378.010 de Cienaga
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

ENFERMERA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Santa Marta el día 27 de enero de 2023

Libro de Registros No. 0060420221 Folio No. 086 Registro No. 0857
Refrendado en Santa Marta el día 26 de enero de 2023

Director (a) Sede

Rector (a)

Gloria Patricia Ramos
Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente.

Registros y Diplomas: Vanessa Llerena Betancour

VIGILADA MINEDUCACIÓN

in:sent

Redactar

Recibidos 147

Destacados

Pospuestos

Enviados

Borradores 1

Más

Etiquetas

Certificado de antecedentes ético profesional

Tarin Dariana mosquera <tarindarianamosquera@gmail.com>
para trienfercertificado

Buenas noches
La presente es para solicitar certificado de antecedentes ético profesional de enfermeria.
Envío documento de cédula y tarjeta profesional.
Quedo atenta a cualquier inquietud

2 archivos adjuntos• Analizado por Gmail



PDF tarjeta profesiona..



PDF tarin al 150% ced...

Responder Reenviar

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA



TARIN DARIANA SEQUEDAS MOSQUERA
C.C. 1.004.378.010
Universidad Cooperativa De Colombia
Santa Marta
Fecha de Expedición Diploma: 27/01/2023
Fecha de Inscripción en Reftua: 28/02/2023

55144

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.
www.oceinfo.org.co

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

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) TARIN DARIANA SEQUEDAS MOSQUERA identificado(a) con CC 1004378010 registra La siguiente información:

2024-02-02--4:24:35 PM

Información Académica

UNV	Local	ENFERMERIA	2023-02-28	1004378010	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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).

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Tarin Dariana Sequedas Mosquera

CC: 1004378010

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

Para: **Enfermera.**

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 **21** del mes de **Marzo** del **2023** con una intensidad de 24 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedicionn.

Instructor Internacional
Cesar Augusto Ropero Payares
Médico General
Coordinador Científico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

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 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA
LA PARTICIPACIÓN DE

Tarin Dariana Sequedas Mosquera

CC: 1004378010

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

Para: **Enfermera.**

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 **21** del mes de **Marzo** del **2023** con una intensidad de 24 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedicióńn.

Instructor Internacional
Cesar Augusto Ropero Payares
Médico General
Coordinador Científico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

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 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Tarin Dariana Sequedas Mosquera

CC: 1004378010

En el Curso de: **SOPORTE VITAL EN TRAUMA / PREHOSPITALARIO**

Para: **Enfermera.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2** mátricula mercantil **N°. 722.315.** Comunicados por el 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 **08** del mes de **Junio** del **2023** con una intensidad de **8 horas.**
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expediciónn.

Instructor Internacional
CESAR AUGUSTO ROPERO PAYARES
Médico General
Coordinador Cientifico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

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 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Tarin Dariana Sequedas Mosquera

CC: 1004378010

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

Para: **Enfermera.**

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 del Decreto 1710 de 2020 y cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019. .

Realizado el **23** del mes de **Marzo** del **2023** con una intensidad de 80 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedicionn.

Instructor Internacional
Cesar Augusto Ropero Payares
Médico General
Coordinador Científico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

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 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Tarin Dariana Sequedas Mosquera

CC: 1004378010

En el Curso de: **GESTIÓN DE DUELO**

Para: **Enfermera.**

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 **23** del mes de **Marzo** del **2023** con una intensidad de 60 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedicionn.

Instructor Internacional
Cesar Augusto Ropero Payares
Médico General
Coordinador Científico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

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 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD▲

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Tarin Dariana Sequedas Mosquera

CC: 1004378010

En el Curso de: **MANEJO DEL DEA**

Para: **Enfermera.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2** mátricula mercantil **N°. 722.315.** Comunicados por el 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 **10** del mes de **Abril** del **2023** con una intensidad de **60 horas.**
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedicionn.

Instructor Internacional
CESAR AUGUSTO ROPERO PAYARES
Médico General
Coordinador Cientifico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

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 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Tarin Dariana Sequedas Mosquera

CC: 1004378010

En el Curso de: **AIEPI CLINICO**

Para: **Enfermera.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2** mátricula mercantil **N°. 722.315.** Comunicados por el 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 Nº 0591 de 2010 y cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el **08** del mes de **Junio** del **2023** con una intensidad de **60 horas.**
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedicionn.

Instructor Internacional
CESAR AUGUSTO ROPERO PAYARES
Médico General
Coordinador Cientifico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

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 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA
LA PARTICIPACIÓN DE

Tarin Dariana Sequedas Mosquera

CC: 1004378010

En el Curso de: **VACUNACION PAI**

Para: **Enfermera.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** VACUNACION PAI. **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 **23** del mes de **Marzo** del **2023** con una intensidad de 60 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expediciónn.

Instructor Internacional
Cesar Augusto Ropero Payares
Médico General
Coordinador Científico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

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 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD▲

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Tarin Dariana Sequedas Mosquera

CC: 1004378010

En el Curso de: **Atención y Cuidados De Enfermeria En Pacientes Con Covid-19**

Para: **Enfermera.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2** mátricula mercantil **N°. 722.315.** Comunicados por el 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 **10** del mes de **Abril** del **2023** con una intensidad de **4 horas.**
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expediciónn.

Instructor Internacional
CESAR AUGUSTO ROPERO PAYARES
Médico General
Coordinador Cientifico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

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 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD▲

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Tarin Dariana Sequedas Mosquera

CC: 1004378010

En el Curso de: **ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS**

Para: **Enfermera.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2** mátricula mercantil **N°. 722.315.** Comunicados por el 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 del Resolución 1818 del 2019 y cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019. .

Realizado el **10** del mes de **Abril** del **2023** con una intensidad de **80 horas.**
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expediciónn.

Instructor Internacional
CESAR AUGUSTO ROPERO PAYARES
Médico General
Coordinador Cientifico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

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 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Tarin Dariana Sequedas Mosquera

CC: 1004378010

En el Curso de: **IAMI INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA**

Para: **Enfermera.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2** mátricula mercantil **N°. 722.315.** Comunicados por el 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 Nº 616 de 2016 y cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el **08** del mes de **Junio** del **2023** con una intensidad de **60 horas.**
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expediciónn.

Instructor Internacional
CESAR AUGUSTO ROPERO PAYARES
Médico General
Coordinador Cientifico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

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 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Tarin Dariana Sequedas Mosquera

ha completado satisfactoriamente el curso:

Liderazgo en Enfermería: Empoderamiento de los(as) enfermeros(as) líderes en Latinoamérica

ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública,
con una duración de 120 horas.

27 de septiembre de 2021

Dra. Carissa F. Etienne
Directora

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

UNIVERSITY OF MIAMI
SCHOOL of NURSING & HEALTH STUDIES

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=61523918-6984-43a8-9aa6-1e70ac1f1c2e

"Este Documento es una fiel copia de un documento electrónico"
"Para convalidar la informacion de este documento, favor ingresar al sitio https://gc.ucc.edu.co:16201/vco/, ingresar el radicado

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
Radicado: SAN-02-2023-019997
Fecha : 2/03/23 13:47
Sede: Santa Marta

La Universidad Cooperativa de Colombia
certifica que

TARIN DARIANA SEQUEDAS MOSQUERA

C.C. 1004378010

Cumplió a cabalidad los requisitos exigidos por la normatividad de la Universidad, por lo cual se le expide el presente certificado:

DIPLOMADO EN CUIDADO CRITICO CON ÉNFASIS EN ADAPTACIÓN RESPIRATORIA

Llevado a cabo en la ciudad de **Santa Marta**, del **27** de **septiembre** del año **2022** al **24** de **noviembre** del año **2023**, con una duración de **100** horas.

Anotado en el folio N° **530** del libro de registro y diplomas N° **9-11722** refrendado en **Santa Marta** a los **23** días del mes de **febrero** del año **2023**.

En testimonio de ello se firma en **Santa Marta** a los **01** días del mes de **marzo** de **2023**.

Adriana Santarelli Franco
DIRECTOR(A) CAMPUS

El presente documento no tiene validez sin la firma o si presenta borrón o enmendadura. La información contenida en este certificado es extraída directamente del sistema de información académica.

Proyectó: Maryis Caselles Navarro
Revisó: Juan Alonso Cortes Londoño
Juan.cortes@ucc.edu.co
Vigilada Mineducación

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S
NIT: 901127782-6
Lic. Salud ocupacional 0460

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**
Fecha: 18/12/23
Ciudad: Santa Marta, Magdalena
Empresa: **E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**
Nombres y Apellidos: **Tarin Dariana Sequedas Mosquera**
CC:1004378010
Sexo: F
Edad: 23 años
Labor a Desempeñar: **Jefe de Enfermería**
Celular: 3244987139
Correo: tarindarianasequedasmosquera@gmail.com

Examen Medico Ocupacional:

- **Osteomuscular:** Arcos de Movilidad sin limitaciones
- **Valoración y Estimación Visual y Auditiva:** en Rango Normalidad
- **Aptitup al desempeño Laboral:** Positiva

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

Previa entrega datos clínicos, comunicación, examen Médico y verificación de datos. Por su actividad laboral del sector salud se hacen reinducción en la importancia del uso de Elementos de Protección Personal como visor de protección facial, monogafas, traje anti fluido tipo overol y guantes para la atención de pacientes según clasificación en Bioseguridad. Acatando las medidas frente a los Factores de Riesgos Biológicos y ante las emergencias sanitarias como Covid-19, Otros Virus y Bacterias.

Recomendaciones:

- HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE
- PAUSAS ACTIVAS
- USO DE EPP
- CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN LA EMPRESA.

Hacemos constar que hemos realizado examen médico a la trabajadora y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes.
La Trabajadora ha declaro bajo la gravedad del juramento, que los datos que ha suministrado para la elaboración del presente documento, son veraces y que no ha omitido información sobre su estado de salud.

Santander Marquez Bustamante
MEDICO CIRUJANO
R.M. 0556 S.S.M Lic. 11030
UNIVERSIDAD CARTAGENA

SANTANDER MARQUEZ
Médico Esp SG-SST
R.M 0556 S.S.M
Lic. S.O. 1301 S.S.M

CARRERA 24 # 19 – 07 Tel: 3126662123 - 3046817939
Santa Marta – Colombia

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA

La salud es de todos | Minsalud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador		4700101639 - SANTANDER ANTONIO MARQUEZ BUSTAMANTE			
Código y Nombre de la Sede		470010163901-Santander Antonio Marquez Bustamante			
Departamento	Distrito:SANTA MARTA	Municipio	Distrito:SANTA MARTA	Dirección	Carrera 24 # 19 - 07 . Barrio: Libertador
Grupo del Servicio		Consulta Externa			

423 - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Servicio de Salud Habilitado

Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: ***DHSS0343086***

Verifique la información de este documento, ingresando a: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo_dhss.aspx y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios DHSS0343086

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la Secretaria de Salud Distrital de Santa Marta - Dirección:AVENIDA LIBERTADOR N° 25-55 - Telefono(s):4209632 - 4209600 EXT 1415 4209600 EXT 1415 - Correo Electronico:saluddistrital@santamarta.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 31 - 01 - 2022 (DD-MM-AAAA).

Fecha de impresión: martes 08 de febrero de 2022 (8:10 a.m.).

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en la Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, o las normas que la modifiquen o sustituyan.

Código interno MinSalud_PS:140053155

Versión 3.0

EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
CERTIFICA
A QUIEN LE INTERESE

CERTIFICAMOS que la siguiente información, corresponde a las características contractuales de nuestros colaboradores.

Empresa Usuaria	: BIENESTAR IPS S.A.S.
Nombre	: SEQUEDAS MOSQUERA DARIANA TARIN
Cedula Ciudadania	: 1004378010
Cargo	: JEFE DE ENFERMERIA
Fecha Ingreso	: 05 DE JULIO DE 2023
Fecha Retiro	: 21 DE SEPTIEMBRE DE 2023
Tipo Contrato	: Por Obra o Labor
Sueldo Basico	: $2.589.000
Motivo del Retiro	: TERMINACION DE LA OBRA O LABOR CONTRATADA

Se expide el siguiente certificado a petición del interesado a fecha: 22 DE SEPTIEMBRE DE 2023

Atentamente,

SU ALIADO Temporal

DEPARTAMENTO DE CONTRATACION

Si desea confirmar esta información, sírvase adjuntar este certificado al correo contratación@suserviciotemporal.com su solicitud será atendida únicamente los días Martes y jueves de 2:00 a 6:00 pm.

Powered by CamScanner

SANTA MARTA, 21 de septiembre de 2023.

Señor(a):
SEQUEDAS MOSQUERA DARIANA TARIN
CC. 1004378010
Ciudad.

Asunto: TERMINACION DEL CONTRATO POR FINALIZACION DE LA OBRA O LABOR CONTRATADA.

Con la presente nos permitimos comunicarle que finalizada la jornada laboral del día 21 DE SEPTIEMBRE DE 2023, la empresa ha decidido terminar su contrato de trabajo por haber finalizado la obra o labor contratada en la que se desempeñaba como trabajador (a) en misión de la empresa usuaria BIENESTAR IPS S.A.S., acorde con lo estipulado el art. 61 numeral 1° literal "d" del C.S.T..

Agradecemos tramitar su Paz y Salvo para el respectivo pago de sus prestaciones sociales, recuerde que para lo anterior (cuando aplique) debe cumplir con el proceso de entrega del carnet y/o elementos asignados por la empresa usuaria a fin de encontrarse a paz y salvo por todo concepto. Una vez obtenido el paz y salvo, el empleador procederá a consignar el pago final de sus prestaciones sociales en la cuenta bancaria que reposa en nuestra base de datos.

Se adjunta:
- Certificado laboral.

La constancia de aportes a seguridad social de los tres (3) últimos meses laborados podrá ser descargada de la oficina virtual del empleador con el usuario y contraseña que le fue suministrado al inicio de la relación laboral dentro de los próximos tres (3) días hábiles siguientes al recibo de la presente comunicación.

Agradecemos los servicios prestados, compromiso y colaboración.

Atentamente,

SU ALIADO Temporal

SU ALIADO TEMPORAL

FIRMA
CC. Nro. 1004378010

Powered by CamScanner

HSC
HOSPITAL SAN CRISTÓBAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA | La fuerza del cambio

EL PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE DOCENCIA SERVICIO Y EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE TALENTO HUMANO DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN CRISTÓBAL DE CIÉNAGA

CERTIFICA QUE:

TARIN DARIANA SEQUEDAS MOSQUERA Identificada con la cedula de ciudadanía N° 1.004.378.010 de Ciénaga Magdalena, Ingreso a la E.S.E. Hospital San Cristóbal de Ciénaga a realizar sus Prácticas Formativas en Gerencia del Cuidado y los servicios de Enfermería del Programa de **ENFERMERIA de la UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA.**

A partir del (dieciséis) 16 de agosto del (dos mil veintidós) 2022 hasta el (diecinueve) 19 de noviembre del (dos mil veintidós) 2022, con una intensidad horaria de 30 horas semanales de lunes a sábado Modalidad: Presencial demostrando compromiso, humanidad, eficiencia y responsabilidad en sus actividades académicas en los procesos administrativos y asistenciales cumpliendo satisfactoriamente las actividades en el marco de los servicios asignados.

Se emite el presente certificado documentado para los fines que el interesado estime conveniente.

Se expide en Ciénaga Magdalena a los (diecinueve) 19 días del mes de noviembre del (dos mil veintidós) 2022.

GRACIELA ISABEL FONTALVO BOLAÑO
Profesional Universitario de Docencia-Servicio
E.S.E Hospital San Cristóbal de Ciénaga

ARMANDO FERNANDEZ DE CASTRO BRUGES
Profesional Universitario de Talento Humano
E.S.E Hospital San Cristóbal de Ciénaga

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

TIC

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 1004378010 **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 02/02/2024 04:38 PM

Código Verificación: **ZFKUB6GR25**

Válida hasta: **02/05/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO

cajamag
Caja de Compensación Familiar del Magdalena
"Somos parte de tu familia"

NOMBRES
Tarin Daniana.

APELLIDOS
Segueda Mosquera.

DOCUMENTO DE IDENTIDAD
No. 1004378010

FECHA DE NACIMIENTO aaaa 2000 mm 11 dd 13

BIOLÓGICO	FECHA (DD/MM/AAA)	FABRICANTE Y LOTE	VALIDEZ	FIRMA VACUNADOR
TOXOIDE TETÁNICO				
VARICELA 1	12-03-21	TE502426S		[illegible]
2	12-08-21			
NEUMOCOCO				
INFLUENZA	25-10-19	13085	U	[illegible]

BIOLÓGICO	FECHA (DD/MM/AAA)	FABRICANTE Y LOTE	VALIDEZ	FIRMA VACUNADOR
ZOSTAVAX HERPES ZOSTER				
HEPATITIS A	29-10-18	N3K52.		[illegible]
	12-03-21	T3L972V		[illegible]
Triple Viral OTRAS	29-10-18	A6A(FE)18A.		[illegible]

B 751802

AVAXIM 160U
Vacuna contra la hepatitis A (inactivada, con adyuvante)
Mfg. 06112019
Lot T3L97
Exp. 10-2022

MSD
Varivax®
Lot T029265
Exp A60-2022

Reconvax B 20mg/1mL Adulto
Vacuna contra la hepatitis B, recombinante (ADN)
Lot No UFX10007
MANUF 09 May 19
EXP 08 May 22

BIOLÓGICO	DOSIS	FECHA (DD/MM/AAA)	FABRICANTE Y LOTE	VALIDEZ	FIRMA VACUNADOR
TOXOIDE TETÁNICO DIFTERICO TD	1	25-10-19	22102151773		
	2	25-11-2019	22102157706		
	3	26-08-20	23387004A		

HEPATITIS B	1	29-10-18	UFX18001		
	2	29-11-18	UFX17009		
	3	12-03-21	UFX19007		

BIOLÓGICO	FECHA (DD/MM/AAA)	FABRICANTE Y LOTE	VALIDEZ	FIRMA VACUNADOR
FIEBRE AMARILLA	25-10-19	P3146	UNICA	
FIEBRE TOFOIDEA				
DPT ACELULAR	29-10-18	CS2863D		





La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Yarin Daniela

Apellidos: Sepulveda Hoyos

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

No. 1004378010

Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 11 Año 2000

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	25 junio 2021	Pfizer	EJ0574	Bioastar IPS	[illegible] del Elasque	3905760
	2	16 julio 2021	PFIZER	EJ0586	Bioastar IPS	[illegible]	41[illegible]

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	INGRESO	Fecha de publicación	2024-02-15 20:33

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
TARIN	DARIANA	SEQUEDAS	MOSQUERA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1004378010

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	ALGARROBO

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	CIÉNAGA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

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

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
NINGUNO	COLOMBIA	MAGDALENA	CIÉNAGA	$0,00

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:

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) TARIN DARIANA SEQUEDAS MOSQUERA identificado(a) con CC 1004378010 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**23/10/2023**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UT BIENESTAR IPS CLINICA AVIDANTI SANTA MARTA-CIENAGA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 27 días del mes de enero del año 2024.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

TARIN DARIANA SEQUEDAS MOSQUERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.004.378.010**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Febrero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

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
CIENAGA MAGDALENA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos TARIN DARIANA SEQUEDAS MOSQUERA												Sexo				
												M		F		
Tipo de Documento								Número		Expedida en		Fecha de Expedición				
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		1.004.378.010		CIENAGA MAGDALENA		30/11/2018		
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación		
Soltero	Casado	Divorciado		U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano	
X									X	3			X	X		
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento		
[illegible]			CIENAGA MAGDALENA			CARRERA 27 # 22-04					CIENAGA			MAGDALENA		
Correo Electrónico											No. Celular			Telefono		
tarindarianamosquera@gmail.com											3244987139			3244987139		
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	x

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?							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:							

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.

Tarin Sequedas Mosquera



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