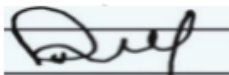


En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, DANIELA JULITH MENDOZA DE ARCO Identificado con Cédula No 1004462907 y Profesión AUXILIAR EN ENFERMERIA AUTORIZO que el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB) en calidad de Responsable 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	X	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	X	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo)	X	
6	Propuesta de Servicios (Mes Actual)	X	
7	Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)		
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)		
9	RUT - Registro Único Tributario (Año 2023)	X	
10	Hoja de Vida – Función pública (SIGEP II) (Actualizada Mes Actual)	X	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)	X	
12	Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (fecha vigente – Mes Actual).		
13	Convalidación de Título (Médicos Generales y Especialistas) – Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.		
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (Personal Asistencial)	X	
15	Tarjeta Profesional		
16	RETHUS (Personal Asistencial en general)	X	
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).	X	
19	Certificado de curso SOPORTE VITAL BASICO - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).	X	
20	Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras y Médicos, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – PALS (Pediátras) (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)	X	
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 VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS (Personal Asistencial del área de Urgencias y Transporte Asistencial).	X	
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)	X	
30	Soporte de experiencia laboral.	X	
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ previo registro en el sitio web.	X	
32	Vacunas (HEPATITIS B) (todo el personal asistencial)	X	
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)	X	
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (INDEPENDIENTE – Mes Actual)	X	
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE – Mes Actual)	X	
36	Formato SARLAFT – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	





Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica



Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1004462907**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1004462907	MENDOZA	DE ARCO	DANIELA	JULIETH	2022-12-09, 11:34 am

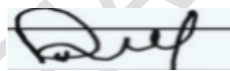
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	1004462907	MENDOZA	DE ARCO	DANIELA	JULIETH	2023-02-09, 10:28 am

El (la) suscrito(a) **DANIELA JULIETH MENDOZA DE ARCOS** identificado con C.C./C.E./P.P No. **1004462907** expedida en **FUNDACION**, 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 ___ del mes de MARZO de 2024.

Firma



Nombre **DANIELA JULIETH MENDOZA DE ARCOS**

Cédula **1004462907**

4/6/23, 17:55

Editar



Aumentar el control

UTC -5 17:55:51

DANIELA MENDOZA D...

Buscar...

Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

1 Información general

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal >

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Resumen

4 Documentos del Proveedor

ID del contrato en SECOP CO1.SLCNTR.10164421

5 Documentos del contrato

Número del contrato CD20231146

6 Información presupuestal

Versión del contrato 2

7 Ejecución del Contrato

Objeto del contrato PRESTAR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA TODA LA POBLACION USUARIA EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

8 Modificaciones del Contrato

Tipo de contrato Prestación de servicios

9 Incumplimientos

Fecha de inicio del contrato 21/02/2023 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Fecha de terminación del contrato 26 días para terminar (30/08/2023 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Duración del contrato 135 Días

Tiempo adiciones en días 30 días

Proveedor(es) seleccionado(s) ☒ SI ☐ No

Estado del contrato En ejecución

Liquidación ☒ SI ☐ NoObligaciones Ambientales ☒ SI ☐ NoObligaciones Pos Consumo ☒ SI ☐ NoReversión ☒ SI ☐ No

Entidad Estatal



ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

0 Recomendación (es)

COLOMBIA, Santa Marta

★★★★★



Proveedor Seleccionado



DANIELA MENDOZA DE ARCO

0 Recomendación (es)

COLOMBIA, Santa Marta

★★★★★



Cuenta bancaria del proveedor

Proveedor	Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta
DANIELA JULIETH MENDOZA DE ARCO	DAVIVIENDA	Ahorros	488438060823

Aprobación del contrato

Aprobador – Proveedor

Aprobado por: DANIELA JULIETH MENDOZA DE ARCO Fecha de aprobación: 17/02/2023 2:27:12 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Aprobador – Entidad Estatal

Aprobado por: JOSE RAFAEL DOMINGUEZ AYALA Fecha de aprobación: 17/02/2023 7:46:43 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Contrato firmado: CO1_PCCNTR_4640993_Firmado

Contrato en ejecución: CO1_PCCNTR_4640993_En ejecución

Información del objeto

Tipo de proceso	Contratación régimen especial
Unidad de contratación	Grupo de contratación SECOP II
Proceso de Contratación	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION
Título de la oferta	N/A
Cuántía del contrato	8,100,000,00 COP

Santa Marta, Marzo 2024

DOCTOR:

German Gaviria Vargas Mosquera
Gerente
E.S.E Hospital Universitario Fernando Troconis

Cordial Saludo,

A solicitud de su respetada institución, YO **DANIELA JULIETH MENDOZA DE ARCO**, identificado con la C.C. **1.004.462.907** de **SANTA MARTA**, le solicito a usted me permita ingresar como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, dentro del área asignada teniendo en cuenta mis capacidades, espero reunir las condiciones necesarias para tal cargo dentro de la empresa.

CORREO: Daniela16040@gmail.com
DIRECCIÓN: Cra 24 # 46b-65 Santa Cruz
TELEFONO: 3054243150

ATENTAMENTE,



DANIELA JULIETH MENDOZA DE ARCO
CC: **1.004.462.907** de SANTA MARTA

		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización		4. Número de formulario 14945533248			
					(415)7707212489984(8020) 000001494553324 8
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 0 4 4 6 2 9 0 7		6. DV 2	12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Santa Marta		14. Buzón electrónico 1 9
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 1 0 0 4 4 6 2 9 0 7	
27. Fecha expedición 2 0 2 0 0 8 0 5		29. Departamento Magdalena 4 7		30. Ciudad/Municipio Santa Marta 0 0 1	
31. Primer apellido MENDOZA		32. Segundo apellido DE ARCO		33. Primer nombre DANIELA	
34. Otros nombres JULIETH		35. Razón social			
36. Nombre comercial		37. Sigla			
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Magdalena 4 7		40. Ciudad/Municipio Santa Marta 0 0 1	
41. Dirección principal CR 24 # 46 B - 65 BRR SANTA CRUZ					
42. Correo electrónico danielajuliethmendezdearco@gmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 3 0 5 4 2 4 3 1 5 0		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica		Ocupación		52. Número establecimientos	
46. Código 8 6 9 2		47. Fecha inicio actividad 2 0 2 0 0 8 1 2		48. Código	
49. Fecha inicio actividad		50. Código 1 2		51. Código	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 2 0					
20- Obtención NIT					
Obligados aduaneros					
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20					
Exportadores					
55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 57. Modo 58. CPC					
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación					
Para uso exclusivo de la DIAN					
59. Anexos SI NO X		60. No. de Folios: 0		61. Fecha 2023 - 09 - 08 / 14 : 53: 30	
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 MENDOZA DE ARCO DANIELA JULIETH 985. Cargo CONTRIBUYENTE		



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Mendoza	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) de Arco	NOMBRES Daniela Julieth
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1004462907	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 16 MES 04 AÑO 2002 PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO SANTA MARTA	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 24B B SUR PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO SANTA MARTA TELÉFONO 3054243150 EMAIL daniela16040@gmail.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BASICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2019

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA 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		AUXILIAR ENFERMERIA	08	2022	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACIÓN	
				MES	AÑO
VIRTUAL	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	GESTION DEL DUELO	10	2022
VIRTUAL	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	GENTE QUIMICOS	10	2022
VIRTUAL	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	CODIGO GRIS	10	2022
VIRTUAL	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	SOPORTE VITAL BASICO	10	2022

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD IPS FUNDACION SANTA MARTA POR EL NIÑO				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	30	Mes	06	Año	2022	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA CONTRATISTA					DIRECCIÓN - CALLE 26 - 04-05 PRADO						

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:	
ÁREA 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	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	11

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ 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



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

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.funcionpublica.gov.co





**GOBIERNO DEL
MAGDALENA**



**La fuerza
del cambio**



42

RESOLUCIÓN No. 47-3098 DE 18 OCT 2022

Por la cual se registra un título
LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 03 de 1994, de la Ley 1164 del 03 de Octubre de 2007 y el Decreto 4192 de Noviembre 09 de 2010.

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor(a) **DANIELA JULIETH MENDOZA DE ARCO** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1,004,462,907, expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS, el cual le fue otorgado por LA ACADEMIA INTERNACIONAL DE ESTUDIOS TÉCNICOS "AIES", con Acta 014 del 12 de agosto de 2022.

Que con la solicitud el(la) señor(a) **DANIELA JULIETH MENDOZA DE ARCO** presentó los siguientes documentos: 1.) Diploma, 2) Acta de grado, 3.) Copia ampliada del documento de identificación, 4.) Formato de datos personales.

Que al verificar los documentos, el(la) señor(a) **DANIELA JULIETH MENDOZA DE ARCO** cumple con los requisitos contenidos en el inciso segundo del artículo 6.3 del Decreto 4304 de 2009. "Por el cual se reglamenta la organización, oferta, funcionamiento de la prestación del servicio educativo para el trabajo y el desarrollo humano, se dictan otras disposiciones"

Que en mérito de lo expuesto:

RESUELVE:

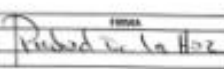
ARTÍCULO ÚNICO: Autorizar a **DANIELA JULIETH MENDOZA DE ARCO** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1,004,462,907, expedida en Santa Marta - Magdalena, para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, en el territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha: 18 OCT 2022



JOSÉ RAFAEL DOMÍNGUEZ AYALA
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

FECHA	ASISTENTE	CARGO	FIRMA
Preparó:	Frieda del Lago Orozco	Profesional Universitario	
Revisó:	Berta Suárez Jiménez	Contratista	

Señala que ha recibido el presente documento, lo encuentra oportuno a los hechos y disposiciones legales expuestas. Por lo tanto, lo presenta para su firma.

Carrera No. 10-15 Polanco "Seguros"
DIRE: 5-4261164
Código Postal: 470204
www.magdalena.gov.co
contacto-mag@magdalena.gov.co

 @gobremagdalena
 @MagdalenaGober
 @magdalenaGober

Scanned by TapScanner

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1004462907

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *

4208

Cambiar

4698

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2023-05-16--3:17:00 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1004462907	DANIELA	JULIETH	MENDOZA	DE ARCO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) DANIELA JULIETH MENDOZA DE ARCO identificado(a) con CC 1004462907 registra La siguiente información:

2023-05-16--3:17:00 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
---------------	-------------------------	-----------------------	--	---------------------	---------------------



Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

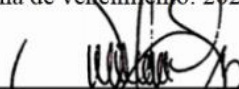
Certifica
Daniela Julieth Mendoza De Arco
c.c. 1004462907 de Santa Martha

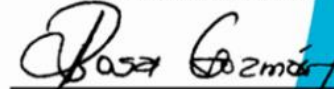
Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022 con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2022-10-14
Fecha de vencimiento: 2024-10-14




ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.


DEIBY STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
EP 3208
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



NIT. 901366232-1



Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica
Daniela Julieth Mendoza De Arco
c.c. 1004462907 de Santa Martha

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-10-20

Fecha de vencimiento: 2024-10-20



ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBY STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

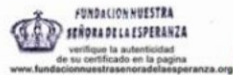


Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

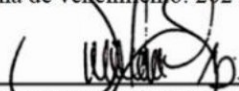
Certifica
Daniela Julieth Mendoza De Arco
c.c. 1004462907 de Santa Martha

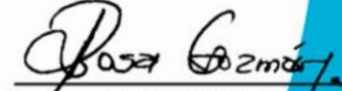
Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

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




ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.


DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

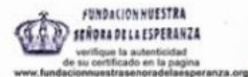


Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica
Daniela Julieth Mendoza De Arco
c.c. 1004462907 de Santa Martha

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos- Resolución 3100 de 2019. con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-10-16
Fecha de vencimiento: 2024-10-16



ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBY STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

MARTINEZ
 CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso

Fecha de consulta: 20/03/2022

Información paciente	
Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR	Empresa en trámite:
Nombre completo: DANIELA JULIETH MENDOZA DE ARCO	Identificación CC: 100442907
Responsable: El nuevo paciente	Acompañante: Ninguno
Cargo: AGUCELAR DE ENFERMERA	Fecha nacimiento: 16-04-2002
Edad: 20	Género: Femenino
Estado civil: Soltero	Embarazada: No
Teléfono:	Dirección: Magdalena, Santa Marta
N° hijos: 1	ADI:
EPS: Asociación Mutual Ser Empresa Solidaria De Salud ISS	AFP:



Exámenes solicitados

- Examen médico ocupacional.

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Recomendaciones generales

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

Recomendaciones específicas

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, DIETA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, VALORACIÓN CON NUTRICIÓN POR EPS

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

Doctora Francisca Manjares Palacin Profesional: Médico especialista en SS Registro: 70564 	Aspirante o trabajador DANIELA JULIETH MENDOZA DE ARCO Identificación CC: 100442907 
--	---

**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 1004462907 **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 18/03/2024 01:27 PM



Código Verificación: **7AS2ZVLB8N**

Válida hasta: **16/06/2024**

Dirección de Gobierno Digital

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**

IPS FUNDACIÓN SANTA MARTA POR EL NIÑO
Nit. 800082761-1

CERTIFICA:

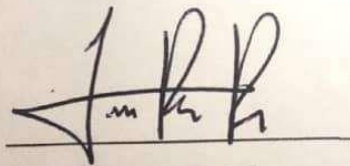
Que la señora **DANIELA JULIETH MENDOZA ARCO**, identificada con cedula de ciudadanía No. **1.004.462.907** realizo su periodo de prácticas, cumpliendo 780 horas como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, en la Institución prestadora de servicios de salud mental Fundación Santa Marta Por el Niño IPS, NIT 800082761-1, en este tiempo demostró ser una persona responsable y conocedora de su labor.

Realizando las siguientes funciones:

- Diligenciar correctamente las notas de enfermería.
- Llevar el reporte de control de signos vitales de los pacientes e informar los cambios que se presente en ello.
- Asistir al paciente al momento de la alimentación, realizar el aseo y limpieza de los pacientes.
- Acompañamiento a los pacientes en el proceso de admisión.
- Enseñar a las pacientes técnicas para llevar una vida independiente.
- Aplicar enemas de limpieza.
- Llevar un control de la ropa de cama: clasificarla, distribuirla y enviarla al lavadero.
- Recoger los datos termométricos de cada paciente.
- Servir la comida y dar de comer a aquellos que lo requieran.
- Tender las camas de los enfermos.

Se expide la presente a solicitud del interesado, para los fines que crea conveniente.

Dado en Santa Marta el día 30 de junio del 2022.



JAIRO RIBON RAMOS
Dep. Recursos Humanos
Fundación Santa Marta por el Niño

IPS FUNDACION SANTA MARTA POR EL NIÑO
¡SU SALUD Y BIENESTAR, SON NUESTRA PRIORIDAD! - NIT: 800 082 761-1
Dirección: Calle 26 # 4 - 05, El Prado. Teléfonos: 431 07 47 - Celular: 301 679 56 64.
Dirección electrónica: fusan_ips@hotmail.com
Santa Marta D.T.C.H., Magdalena - Colombia.

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos



La salud es de todos

Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

DANIELA JULIETH

Apellidos:

MENDOZA DE ANDR

Documento de identidad:

C.C. / T.I.

Pasaporte

No.

1084462907

Fecha de nacimiento:

Día

16

Mes

04

Año

2022

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla		24-01-22	21/VFC0123	Dr. [Signature]
		24-01-22	23306924	Dr. [Signature]
Toxoides Tetánico - Diftérico (Td)	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	03/02/22	UPX20008	Belky M
	2	03/02/22		
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	20/01/22	B371p	Sanof. [Signature]
Otras				



Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DANIELA	JULIETH	MENDOZA	DE ARCO

Documento de identificación	
Tipo <input type="text" value="CEDULA DE CIUDADANIA"/>	Número <input type="text" value="1004462907"/>

Lugar de nacimiento			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="MAGDALENA"/>	Municipio <input type="text" value="SANTA MARTA"/>	

Lugar de domicilio			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="MAGDALENA"/>	Municipio <input type="text" value="SANTA MARTA"/>	

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	<input type="text" value="ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE"/>	
Lugar de sede		
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="MAGDALENA"/>	Municipio <input type="text" value="SANTA MARTA"/>
Dirección	<input 14="" 23-42="" alcazares"]"="" carrera="" no.="" type="text" value="["/>	
Cargo o función que cumple	<input type="text" value="CONTRATISTA"/>	

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí ☐ No ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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:

--

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **MENDOZA DE ARCOS DANIELA JULIETH** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1004462907** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

Estado Afiliado: **Activo**

IPS de atención: **FUNDACION PROMAGDALENA**

Categoría: **A**

Fecha afiliación: **28/06/2014**

Régimen: **Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE**, el 17 de marzo del 2024 Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,



LUIS BARRAZA

Director de Operaciones - Contributivo

infocontributivo@mutualser.com

MUTUAL SER EPS



LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DANIELA JULIETH MENDOZA DE ARCO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1004462907**, se encuentra afiliado/a desde **04/11/2022** 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 18 de marzo de 2024.

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.

 <small>HOSPITAL UNIVERSITARIO MÉDICO BARRENECHE</small>	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	<small>CODIGO FISCAL</small> <small>VERSION 002</small> <small>FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 10/12/2021</small>
--	--	---

Ciudad Santa Marta	Oficina	Fecha Vinculación
------------------------------	---------	-------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos Daniela Julieth Mondeto De arco										Sexo M ☐ F ☒	
Tipo de Documento CC ☒ CE ☐ TI ☐ RC ☐ PP ☐			Número 1004467907			Expedido en Santa Marta		Fecha de Expedición 05-08-2020			
Estado Civil (Seleccione) Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐										Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universitario ☐	
No. Personas a cargo 1			Tipo de Vivienda Propia ☒ Arrendada ☐ Familiar ☐			Zona Ubicación Rural ☐ Urbano ☒					
Fecha nacimiento 16 04 2002		Lugar de Nacimiento Santa Marta		Dirección Domicilio Cra 24 #46b-65 Santa Cruz			Municipio / Ciudad Santa Marta		Departamento Magdalena		
Correo Electrónico Danielat6040@gmail.com						No Celular		Teléfono 3054243150			
Ocupación (Seleccione) Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☒ Hogar ☐ Jubilado ☐										Actividad Principal CIIU	
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		
CC ☐ CE ☐ TI ☐ RC ☐ PP ☐								

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio		Tipo de Empresa o Negocio Pública ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual?			Cargo	
Dirección de empresa o negocio		Ciudad		Barrio		No Teléfono
Mantenga dinero del Estado o está expuesto políticamente? SI ☐ NO ☐						

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

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

Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/o ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público?

Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?

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

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré 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 opere en el futuro la calidad de Acreditado para: 1) Verificar 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 mercado, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de haberes 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 consignarán de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo solicite, 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 utilice o revele 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 Méndez Barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puede acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos y/o información suministrada en cualquier momento.

 5. FIRMA Y HUELLA	
---	---

Certifico (emos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (emos).

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento