E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE

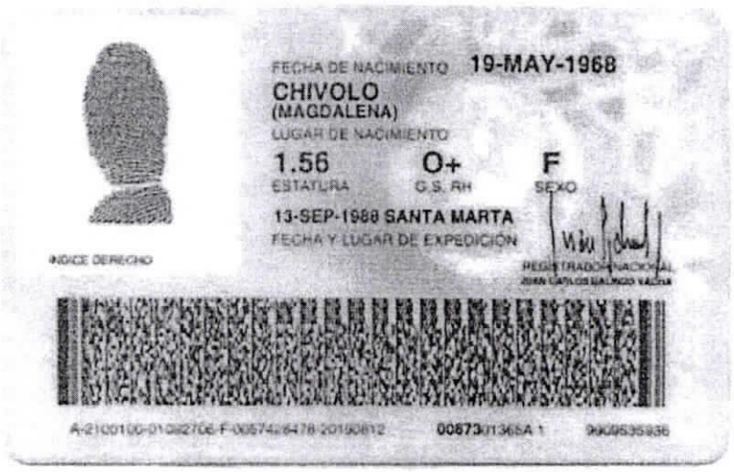
LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** **CARMEN BETIS SUAREZ MEJIA**, Identificado con Cédula No. **57.428.478** y Profesión **AUXILIAR DE** **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: Carmen Suarez

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad	X	
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**)		X
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		X
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)**.		X
13	Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		X
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**)		X
15	Tarjeta Profesional		X
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**)		X
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).**		X
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
23	Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		X
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*.		X
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.*		X
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***).	X	
28	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
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	


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
57.428.478
SUAREZ MEJIA
CARMEN BETIS


FECHA DE NACIMIENTO 19-MAY-1968
CHIVOLO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
13-SEP-1988 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
A-2100100-01082706-F-00574:8478-20190812
00873J1365A 1
9909535936

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **57428478**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	57428478	SUAREZ	MEJIA	CARMEN	BETIS	2023-03-31, 12:29 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) CARMEN BETIS SUAREZ MEJIA identificado con C.C./C.E./P.P No. 57428478 Santa Marta, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 12 del mes de marzo de 2024.

Firma Carmen Suarez

Nombre CARMEN BETIS SUAREZ

Cédula MEJIA 57.428.478

COPIA CONTROLADA

Escritorio

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Sin mensajes…

Más información .

0 Suscripciones

0 En edición

0 Adjudicaciones pendientes

0 Invitaciones directas

Sugerencias SECOP

Mensajes Todos



de negocio

Santa Marta, marzo 2024

CARMEN BETIS SUAREZ MEJIA
C.C. 57.428.478
Dirección: Calle 22 #13-72 barrio obrero
Correo: caímensuarezmejia@hotmail.com
Cel: 3022979168

Doctor
German Gaviria Vargas
Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Cordial saludo

Muy respetuosamente me dijo a usted con el fin de presentarle como AUXLIAR DE ENFERMERIA, el cual desempeñaré a cabalidad con todas las funciones que sean asignadas permitentes al cargo y de acuerdo a las necesidades de la institución.

Espero cumplir con el perfil que se necesita y de antemano agradezco su atención, quedando en espera de su pronta y positiva respuesta.

Carmen Suarez

CARMEN BETIS SUAREZ MEJIA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14945925297

(415)7707212489984(8020) 000001494592529 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 7 4 2 8 4 7 8	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	5 7 4 2 8 4 7 8	1 9 8 8 0 9 1 3

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SUAREZ	MEJIA	CARMEN	BETIS

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: MZ 12 CA 16 AP 1 BRR LUZ DEL MUNDO

42. Correo electrónico: carmensuarezmejia@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 2 2 9 7 9 1 6 8	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

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
4 9																									

53. Código 49

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 09 - 11 / 08 : 40: 05

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 QUINTERO MONTENEGRO LIZERIS MARIA
985. Cargo Analista III

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Suarez	Mejia	Carmen Betty

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. X C.E. ( ) PAS ( ) No. 57428478 | 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 19 MES 05 AÑO 1968

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO CHIVOLO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

maria eugenia

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO EMAIL carmensuarezmejia@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11° (X)	MES	12	AÑO	1982

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).

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

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

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2014	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4315430	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	08	*Mes*	03	*Año* 2011	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42						

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	12	4
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	12	4

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 [X] 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 - marzo 2024**

Carmen Suarez

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

La República de Colombia y en su nombre:

El

Colegio Nacional "Liceo Celedón"

De Santa Marta - Magdalena

Jornada Nocturna

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 7752 del 9 de Mayo de 1979, Ley general de educación 115, decreto 1860, Artículo 11, Numeral 2 de 1994

Confiere A:

Carmen Betis Suárez Mejía

Identificado (a) con documento de identidad C.C. No. 57.428.478 de Santa Marta

El Título de:

Bachiller Académico

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de educación media académica, según los planes y programas vigentes.

1905

Rector (a)

Secretario (a)

LA REPÚBLICA DE
COLOMBIA Y EN SU NOMBRE

LA:

CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA SS
"ASMEMAG"

INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 0508 y Registro de Programa según Resolución No. 407 emanada de la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo No. 0048 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

CONFIERE EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS EN:

AUXILIAR EN ENFERMERIA

A: CARMEN BETIS SUAREZ MEJIA

CEDULA DE CIUDADANIA No: 57.426.476 SANTA MARTA

Por haber cursado y aprobado el programa de Auxiliar en Enfermería, con una intensidad total ~~de 1666~~ horas.

Dado en Santa Marta a los 23 días del mes de Marzo de 2011

DIRECTOR

SECRETARIA GENERAL

Anotado en el folio No. 45 Registro 313 del Libro de Actas 0021

EL CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA
CESMAG "Gabriel Angulo"

CESMAG
GABRIEL ANGULO

Certifica que:

CARMEN SUAREZ MEJIA

Asistió al Seminario Taller

"Normas de Bioseguridad Hospitalaria"

Con una intensidad horaria de 4 horas

En constancia de lo anterior se firma y sella en la ciudad de Santa Marta, a los 22 días de Julio de 2009.

JORGE AGUDELO APREZA
Director CESMAG

ERIKA EGURROLA NAVARRO
PSICOLOGA

EL CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA
CESMAG "Gabriel Angulo"



Certifica que:

CARMEN SUAREZ MEJIA

Asistió al Seminario Taller

"Riesgos Laborales en el Sector Salud"

Con una intensidad horaria de 4 horas

En constancia de lo anterior se firma y sella en la ciudad de Santa Marta, a los 17 días de Julio de 2009.

JORGE AGUDELO APREZA
Director CESMAG

Estela De la Hoz Pertuz
ESTELA DE LA HOZ PERTUZ
PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL

EL CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA
CESMAG "Gabriel Angulo"

CESMAG
GABRIEL ANGULO

Certifica que:

CARMEN SUAREZ MEJIA

Asistió al Seminario Taller

"Seguridad Social y Riesgos Profesionales en Colombia"

Con una intensidad horaria de 4 horas

En constancia de lo anterior se firma y sella en la ciudad de Santa Marta, a los 21 días de Julio de 2009.

JORGE AGUDELO APREZA
Director CESMAG

Estela De la Hoz Pertuz
ESTELA DE LA HOZ PERTUZ
PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 1681
"Por la cual se registra un título"
EL SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD DE MAGDALENA
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **CARMEN BETIS SUAREZ MEJIA**, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 57.428.478 expedida en Santa. Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la AUTORIZACION para desempeñarse como **AUXILIAR EN ENFERMERIA** según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS otorgado por LA **CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA LTDA. "ASMEMAG"**, Santa Marta - Magdalena, según Acta de Certificación No. 004 del día 16 de Marzo de 2011.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes:

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **CARMEN BETIS SUAREZ MEJIA**, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 57.428.478, expedido en Santa Marta - Magdalena, para desempeñarse como **AUXILIAR EN ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e Inscribirlo(a) para laborar en el Departamento.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizo el Título o Certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 26 OCT 2011

STEVENSON MARULANDA PLATA
Secretario Seccional de Salud de Magdalena

EL MAGDALENA UNIDO LA GRAN TRANSFORMACION

8907

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:

En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020

Horario de atención:

Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD

Notificaciones judiciales

Términos y condiciones de uso.



Cambiar

5750

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2024-03-12→8:45:19 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	57428478	CARMEN	BETIS	SUAREZ	MEJIA	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) CARMEN BETIS SUAREZ MEJIA identificado(a) con CC 57428478 registra La siguiente información:

2024-03-12→8:45:19 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2011-10-26	1681	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

***NIT:* 900223619-0**

ENTHA
10 AÑOS

Reg. EN0225322-2018

CERTIFICA QUE:

CARMEN BETIS SUAREZ MEJIA

C.C. N° 57428478

ASISTIO A LA ACTUALIZACION DEL CURSO TALLER:

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y GENERO RESOLUCION 0459 DE 2012

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DE 2015, LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2009 EN EL CAPITULO V NUMERAL 8 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE CUARENTA Y SEIS (46) HORAS ACADEMICAS SEGÚN LO EXIGIDO POR LA RESOLUCION 2003 DEL 2014.
DESDE EL 27 AL 29 DE DICIEMBRE DEL 2018.

PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA MAGDALENA, EL DIA 29 DE DICIEMBRE 2018.

CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE ENTHA LTDA

MARIA JOSE SEPULVEDA GAMARRA
COORDINADORA ACADEMICA

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Carmen betis suarez mejia

CC 57428478 de Santa Marta, Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Soporte Vital Básico RCCP (BLS) con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2024-03-19
Fecha de vencimiento: 2026-03-19

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Carmen Betis Suarez Mejia

CC 57428478 de Santa Marta

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: 2023-09-14
Fecha de vencimiento: 2025-09-14

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Carmen Betis Suarez Mejia

CC 57428478 de Santa Marta

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: 2023-02-27
Fecha de vencimiento: 2025-02-27

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL
U. METROPOLITANA - U. SIMÓN BOLÍVAR
HC. S. O 11030 SSM

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 27/07/2023 Ciudad: SANTA MARTA, MAGDALENA
Empresa: E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Nombres y Apellidos: CARMEN BETTIS SUAREZ MEJIA
CC: 57428478 Sexo: F Edad: 55 AÑOS
Labor a Desempeñar: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR
Recomendaciones y/o restricciones: o HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE o CUMPLIR NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD DE LA EMPRESA o PAUSAS ACTIVAS o USO DE EPP

Hacemos constar que hemos realizado examen médico al trabajador 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. El trabajador ha declarado bajo la gravedad de juramento, que los datos he suministrado para la elaboracion del presente document son veraces y que no ha omitido informacion alguna sobre su estado de salud.
No se realiza prueba de COVID 19 (ni sanguínea, ni molecular, test rapido)



SANTANDER MARQUEZ
Medico Laboral
R.M 0556 S.S.M Lic. S.O. 1301 S.S.M

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

LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE".
NIT. 891780185-2

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora, **CARMEN BETIS SUAREZ MEJIA**, identificada con cedula de Ciudadanía **No. 57.428.478** expedida en Santa Marta (Magdalena), presta los servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE." desde el 08 de noviembre de 2011, mediante la modalidad de contratos de prestación de servicios, con una consignación mensual de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS ($1.500.000).

VIGILADO Supersalud

La presente Certificación se expide por solicitud del interesado, a los cinco (05) días del mes de agosto de 2022.

ANA MARIA CORDOBA LEAL.
Jefe Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.

ELABORÓ: RONALD A. GOMEZ CAMACHO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA.

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 57428478 **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 losaquí registrados.

Se expide en Bogotá el 12/03/2024 09:14 PM

Código Verificación: **QSJEGDWLU8**

Válida hasta: **11/06/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

Consérvelo

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

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Carmen

Apellidos: Suarez Mejia.

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 57428478

Fecha de nacimiento: Día 19 Mes 05 Año 1968

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	10-06-2019	Sanofi Pasteur EBAGBIA	Roxana Varon
Otras		27-05-2020	Sinovac V502006	Guapalom

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: Carmen

Apellidos: Suarez Mejia.

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 57428478

Fecha de nacimiento: Día 19 Mes 05 Año 1968

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubeola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	03-1-10 LSD 540		
	2	03-2-10 LSD 542		
	3	05-8-10 MSD 652		
	4	10-8-11 MSD 640		
	5	12-8-13 LSD 640		
Contra Hepatitis B	1	18-3-14 AHBVC636		
	2	19-5-14 AHBVC636		
	3	18-7-14 AHBVC636		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	F
Contra Fiebre Amarilla	1.	15-6-12	Sanofi 030220172	
Contra Influenza	1.	6-8-16	GlaxoSmithKline AC37B27FAX	
	2	7-5-17	Sanofi 1410531	
Virus de Papiloma Humano				

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-07-26 14:37

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CARMEN	BELIS	SUAREZ	MEJIA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	57428478

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	CHIVOLO

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curaduría/ 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
Salaíios y demás ingíesos laboíales	$0,00
Cesantías e inteíeses de cesantías	$0,00
Gastos de íepíesentación	$0,00
Aííiendos	$0,00
Honoíaíios	$19.500.000,00
Otíos ingíesos y íentas	$0,00
TOTAL	$19.500.000,00

Las cuentas bancaíias de las que soy titulaí en Colombia y en el exteíioí son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembíe 31 del año inmediatamente anteíioí

Mis bienes patíimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Depaítamento	Municipio	Valoí

Mis acíeencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo paíticipación en juntas, consejos o diíectivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad paíticipo como miembío de las siguientes Juntas o Consejos Diíectivos:

Nombíe entidad o institución	Óígano	Calidad de miembío	País

I'engo paíticipación en coípoíaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombíe coípoíación, sociedad o asociación	I'ipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACI'IVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁC I'ER PRIVADO

I'engo actividades económicas píivadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de caíácteí píivado, adicionales a las declaíadas anteíioímente, que he venido desaíiollando de foíma ocasional o peímanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Foíma paíticipación

2. CONFLICI'OS DE INI'ERÉS

De acueído con lo consagíado en la Ley 2013 de 2019, a continuación píocedo a publicaí y divulgaí píoactivamente el íegistío de la infoímación que puede seí susceptible de geneíaíme un conflicto de inteíés, así como aquella íelacionada con los inteíeses de mi cónyuge o compañeío(a) peímanente, paíientes y socios de hecho o de deíecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENI'E

I'engo cónyuge o compañeío(a) peímanente: Sí [ ] No [X]

Los inteíeses peísonales de mi cónyuge o compañeío o compañeía peímanente son susceptibles de geneíaí una posible situación de conflicto de inteíés fíente a la laboí o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Píimeí nombíe	Segundo nombíe	Píimeí apellido	Segundo apellido

I'ipo documento | | Númeío | |

Descíipción del potencial conflicto de inteíés con su cónyuge o compañeío(a) peímanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIEN I´ES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

I´engo paíientes hasta el cuaíto gíado de consanguinidad, segundo de afinidad o píimeío civil con Inteíeses peísonales que son susceptibles de geneíaí una posible situación de conflicto de inteíés fíente a la laboí o actividad que desempeño:

Sí [ ] No [X]

A continuación píesento la infoímación de los paíientes hasta el cuaíto gíado de consanguinidad, segundo de afinidad y píimeío civil que son susceptibles de geneíaí conflicto de inteíés fíente a la laboí o actividad que desempeño.

De acueído con la Ley 2003 de 2019, los congíesistas deben íegistíaí sus paíientes hasta el segundo gíado de consanguinidad, segundo de afinidad y píimeío civil si son susceptibles de geneíaí conflicto de inteíés fíente a la laboí o actividad que desempeñan.

Paíentesco	Paíiente	I´ipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descíipción del potencial conflicto de inteíés

2.3. INI´ERÉS DIRECI´O O ACI´UACIONES DEN I´RO DEL AÑO AN I´ERIOR

I´uve inteíeses diíectos o actué como íepíesentante, asesoí, píesidente, geíente, diíectoí, miembío dejunta diíectiva o socio de gíemio, sindicato, sociedad, asociación, gíupo social u oíganización con ánimo o sin ánimo de lucío y esto puede influií en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi caígo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentío del año anteíioí tuve inteíés diíecto o actué como íepíesentante, asesoí, píesidente, geíente, diíectoí, miembío de junta diíectiva o socio de gíemio, sindicato, sociedad, asociación, gíupo social u oíganización con ánimo o sin ánimo de lucío (nacional o extíanjeía), y a continuación descíibo cómo puede influií en las decisiones y acciones de mi caígo actual:

2.4. OI´RAS INVERSIONES

I´engo fideicomisos en Colombia o en el exteíioí: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encaígos fiduciaíios de los cuales soy constituyente o beneficiaíio en Colombia y en el exteíioí son:

Nombíe del fideicomiso o encaígo fiduciaíio	Calidad	Valoí	País

I´engo inveísiones en Colombia o en el exteíioí: Sí [ ] No [X]

Las inveísiones en bonos, fondos de inveísión, fondos de ahoíío voluntaíio y otías que tengo en Colombia y en el exteíioí son:

I´ipo de inveísión	Valoí	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESEN I´ARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENI´A

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me íepíesentaíon íeducciones en la declaíación de íenta del último año gíavable son:

Nombíe entidad	Valoí

2.6. POI´ENCIALES CONFLICI´OS DE INI´ERÉS

I´engo potenciales conflictos peísonales de inteíés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de inteíés pueden geneíaíse a paítií de, poí ejemplo:
> Actividades y negocios que íealiza o tiene con socio o socios de hecho o de deíecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o contíoveísia ante autoíidades administíativas o juísdiccionales.
> Habeí hecho paíte de listas de candidatos a cueípos colegiados de elección populaí.

Los potenciales conflictos peísonales de inteíés que tengo son:

Bogotá, Marzo / 12 de 2024

Señor (a): CARMEN BETIS SUAREZ MEJIA
CC. 57428478
CR 12 78 11
SANTA MARTA

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Octubre / 1 de 2017, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CARMEN BETIS SUAREZ MEJIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **57428478,** se encuentra afiliado/a desde **05/11/1991** 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 12 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta 27-02-23		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	Sexo
Carmen Suarez Meza	M [ ] F [X]

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C. [X] C.E [ ] T.I [ ] R.C [ ] PP [ ]	57 428 478	Santa Marta	13 Sep 1988

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					X			

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
19 05 1968	Chivolo (Mag)	Calle 22 # 13-72	Cienaga	(Mag)

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
CarmenSuarezMeza@hotmail.com	3022979168	

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
Auxilar de Enfermeria	Actividades terapeutica

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
HUJMB	Publica [ ] Privada [ ] Mixta [ ] Otra, cual?	Auxilar de Enfer

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
Carrera 14 # 23-12	Santa Marta	Alcazares	4365007

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? SI [ ] NO [ ]

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales $ 1360.000	Total Egresos mensules $ 1360.000
Otros Ingresos Mensuales	Otros Egresos Mensuales
Total Activos	Total Pasivos
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes Año	Es declarante? SI [ ] NO [ ]

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

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

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

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades 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.

carmy suf.



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