REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **12.547.230**

GONZALEZ CASTRO

APELLIDOS

FABIAN ENRIQUE

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-ABR-1958**

CIENAGA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

01-DIC-1977 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00067143-M-0012547230-20080907 0003102424A 1 4450003548

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

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, FABIAN ENRIQUE GONZALEZ CASTRO, identificado con Cédula No. 12547230 y Profesión AUXILIAR DE ENFERMERIA **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://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php		
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)**		
6	Propuesta de Servicios **(Mes Actual)**		
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		
9	RUT - Registro Único Tributario **(Año 2023)**		
10	Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)**		
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)		
12	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual)**.		
13	Convalidación de Titulo (**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/		

SIJI

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **12547230**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	12547230	GONZALEZ	CASTRO	FABIAN	ENRIQUE	01/09/21

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE

CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASE DE DATOS

CODIGO: GJC18F
VERSION: 02
FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 07/09/2023
PAGINA 1 de 1

El (la) suscrito(a). Fabian Enrique Gonzalez Castros identificado con C.C./C.E./P.P No. 12.549.230 expedida en Santa Marta, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

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

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 20 del mes de MARZO de 2024

Firma Fabian Gonzalez
Nombre Fabian Enrique Gonzalez Castros
Cédula 12.549.230

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 13:25:20
FABIAN ENRIQUE GO...

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

Escritorio → **Configuraciones de Perfil**

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

Editar

Información del usuario



Género	Hombre
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Título	Sr.
Nombre	FABIAN ENRIQUE
Apellidos	GONZALEZ CASTRO
Fecha de Nacimiento	2/04/1958 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	FABIAN ENRIQUE GONZALEZ CASTRO
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	12547230
Dirección	MANZANA 21 CASA 9 LUZ DEL MUNDO
Código postal	47001
Estrato	3
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	fabiangonzalezcastro12@gmail.com
Teléfono	
Celular	3127841853
Nivel Educativo	Uno o más años de técnica o tecnológica

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

D.T.C.H SANTA MARTA MARZO DEL 2024

GERENTE

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Cordial Saludo

A solicitud de su respuesta de institución FABIAN ENRIQUE GONZALEZ CASTRO con C.C N. 12547230 expendida en la cuidad de PLATO le solicito a usted dejarme ingresar como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el area de psiquiatría espero reunir las condiciones necesarias para tal cargo dentro de la empres

Atentamente

FABIAN ENRIQUE GONZALEZ CASTRO
C.C 12547230
DIRECCION: MANZANA 21 CASA 9 LUZ DEL MUNDO
EMAIL: fabiangonzalezcastro12@gmail.com
TEL: 3127841853

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14246485761

(415)7707212489984(8020) 000001424648576 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 2 5 4 7 2 3 0	1	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	

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 2 5 4 7 2 3 0	1 9 7 7 1 2 0 1

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
GONZALEZ	CASTRO	FABIAN	ENRIQUE

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 21 CA 9 URB LUZ DEL MUNDO

42. Correo electrónico: morenita0263@hotmail.com

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

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 2	2 0 1 1 1 0 0 7						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 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 — 2 0

29. Obtención NIT

Obligados aduaneros	Exportadores				
54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	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: 2013 - 06 - 24

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: PEÑALOZA DE MARIN SILVIA ESTHER
985. Cargo: Analista III

Fecha generación documento PDF: 28-12-2021 09:40:46AM

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
González	Castro	Fabián Enriqiue

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 12547230	F ( ) M (X)	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 12547230 D.M. 12

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 02 MES 04 AÑO 1958

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

luz del mundo

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3127841853 EMAIL fabiangonzalezcastro12@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	1983
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X			10	1981	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4346262	*Día*	01	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	AREA DE PSIQUIATRIA	- CARRERA 14 No. 23 - 42 LOS ALCAZERES

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HUJMB	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4346262	*Día*	02	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2019

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	PSIQUIATRIA	CALLE 23 KRA 14 ESQUINA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL UNIVERISTARIO FERNANDO TROCONIS	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	11	*Año*	2011	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2014

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA		Sin dirección

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
REDCARIBE CTA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2010	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2011

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA		Sin dirección

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVIEFECTIVOS C.T.A.			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	05	*Año* 2010	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COOMEDISALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2008	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS					*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL CENTRAL JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	07	*Año* 1992	*Día*	13	*Mes*	07	*Año*	2002
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin 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*					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	15	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	16	6

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

FABIAN ENRIQUE GONZALEZ CASTRO

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

Instituto Magdalena

Sección Nocturna

Aprobado por Resolución No. 21427 de Diciembre 2 de 1983

Confiere a:

FABIAN ENRIQUE GONZALEZ CASTRO

Identificado con No. 12.547.230 de Santa Marta

El Título de:

BACHILLER ACADEMICO

Por cuanto ha hecho estudios y aprobado los exámenes correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes

El Rector (a)

Secretario

Santa María 21 DICIEMBRE de 19 93

Acuerdo al folio 238 Libro de Registro No. 0002 de 0073

Secretario de Educación

Dada en Santa María a 8 de ABRIL de 19 94

INSTITUTO MAGDALENA

SECCION NOCTURNA

Aprobado por Resolución No. 21467 de 2 de Diciembre de 1.983

FOLIO 15

ACTA GENERAL DE GRADUACION No. 01

En la ciudad de SANTA MARTA a los 21 días del mes de DICIEMBRE del año 1.983 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del INSTITUTO MAGDALENA

Institución aprobada hasta 6o DE BACHILLERATO en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICO según Resolución No. 21427 del 2 de DICIEMBRE de 1.9 83.

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 TITULO DE BACHILLER

A C A D E M I C O

a los graduandos cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

FABIA ENRIQUE GONZALEZ CASTRO

Esta Acta consta de 137 alumnos graduados, comienza con el nombre de ELSI IDALIDES ALARCON CONTRERAS y termina con el de NURIA ISABEL TEJEDA CABARCAS.

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1.981.

El Rector o Director

C. C. No. 12.534.405 Sta Mta.

Firma y Sello

"INSTITUTO MAGDALENA"
SECCION NOCTURNA

El Secretario

C. C. No. 36.561.412 Sta Mta.

Firma y Sello

Instituto Magdalena
SECCION NOCTURNA
SECRETARIA GENERAL

SENA

XI-1-6-192

3223

República de Colombia

El Servicio Nacional de Aprendizaje "SENA"

Certifica

La Aptitud Profesional de:

FABIAN ENRIQUE GONZALEZ CASTRO

C.C.# 12.547.230 DE STA. MARTA (MAGD.)

en el oficio de AUXILIAR DE ENFERMERIA

Areas aprobadas

Salud, Familia y Comunidad
Fundamentos de Enfermería
Médico Quirúrgico
Materno Infantil
Prácticas Supervisadas
Etica

Modo de Formación: COMPLEMENTACION

Subgerente Regional

Secretario

PROG. SERVS. HOSPITALARIOS — Centro de Formación

B/quilla, 03.10.91 — Ciudad y Fecha

6047-10203 — Registro No

ACTA No. 44

En Barranquilla a los 3 días del mes de octubre de 1991, fueron expedidos los Certificados de Aptitud Profesional en la especialidad de Auxiliar de Enfermería por complementación del Programa Servicios a la Salud del SENA Santa Marta, Regional Magdalena estos C.A.P. se encuentran registrados en los libros del Opto. de Registro y Certificación del SENA Regional Atlántico.

Firman: Director Regional, Subdirector de Formación Profesional y Desarrollo Social, Jefe Programa de Salud y Asistente Opto. Registro y Certificación.

Se otorgaron los siguientes Certificados de Aptitud Profesional en AUXILIAR DE ENFERMERIA.

NOMBRE	No. DE REGISTRO
ABRAHAN MARINA ESTHER	6047-10195
AGUILAR MOVILLA NORYS ISABEL	6047-10196
ATIA MIRANDA MARTHA LUCIA	6047-10197
CANTILLO GUETO RIMELDA EDITH	6047-10198
CORREA DE HERNANDEZ MARLENE ESTHER	6047-10199
CORREA PEREZ MARIA ROSALINA	6047-10200
CREUS MARTINEZ IDALBIS LEONOR	6047-10201
CHARRIS PEREZ ELSY NARCISA	6047-10202
GONZALEZ CASTRO FABIAN ENRIQUE	6047-10203
LUCU MANJARRES NUBIA BEATRIZ	6047-10204
MORILLO MOLINA ROSA MARIA	6047-10205
NUÑEZ PARRA CLAUDIA PATRICIA	6047-10206
PEREZ MARTINEZ RUBIELA DEL ACARMEN	6047-10207
PORTELA CORDOBA AMANDA INES	6047-10208
RODRIGUEZ SALINAS AMERICA DEL SOCORRO	6047-10209
RODRIGUEZ BOLAÑO YANETH ISABEL	6047-10210
SANTANDER PALMERA ALEYDA LUZ	6047-10211
STEBBA SIJANI MARUTH HERNANDO	6047-10212
TORO DE CAMARGO EDILSA BEATRIZ	6047-10213
VILLALOBOS PUPO ELIZABETH	6047-10214
VILLAMIL PEÑA LUCARES	6047-10215
VISUAL GOECOCHEA MARIA ELENA	6047-10216

Para constancia firman la siguiente Acta: En Barranquilla a los 5 días del mes de febrero de 1992.

Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
NELSON BARRIOS VILLA
Director Regional

Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
ALBERTO [illegible]
Subdirector de Formación Profesional y Desarrollo Social

SARA HELENA DE DEVIA
Jefe Programa de Salud

MARITZA BARACCO PAULA
Asistente Opto. Registro y Certificación

AERONÁUTICA CIVIL
Unidad Administrativa Especial

CENTRO DE ESTUDIOS DE CIENCIAS AERONÁUTICAS

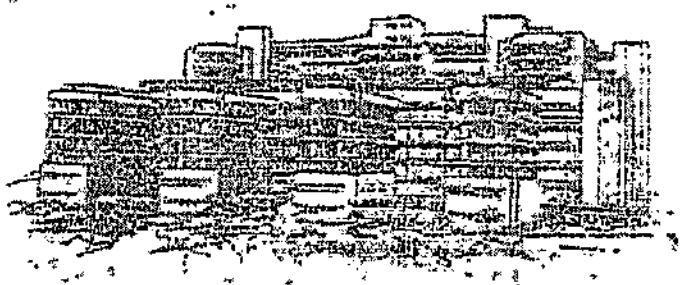
CERTIFICA QUE:

Fabian González Castro

ASISTIÓ AL VI SEMINARIO
DE SANIDAD AEROPORTUARIA

Realizado en el Centro de Estudios de Ciencias Aeronáuticas
del 4 al 6 de junio de 2008

MARÍA ELGENIA ARCILA ZULUAGA
JEFE OFICINA
CENTRO DE ESTUDIOS DE CIENCIAS AERONÁUTICAS



Cátedra de Clínicas Traumatológica y Ortopédica
"Escuela de Medicina Dr. Luis Razetti"
Hospital Universitario de Caracas
Universidad Central de Venezuela
Escuela Técnica "Dr. Pablo Izaguirre"

SOPETRO

Otorga el presente Título a :

Fabian J. González C.

En virtud de haber cumplido con los requisitos del curso de Formación de Técnicos Medios Profesionales Mención: Traumatología y Ortopedia durante el período académico 1.995 – 1.996.

Que lo acredita como :

Técnico Medio Profesional

Mención : Traumatología y Ortopedia

Caracas, 16 de Noviembre de 1996.

Dr. Miguel Sabe Pérez
Presidente Director del
Hospital Universitario
de Caracas.

Dr. Nicolás Pérez
Jefe de la Cátedra de
Clínicas Traumatológica
y Ortopédica del H.U.C.

Argenis A. Piñango M.
Director de la Escuela
Técnica "Dr. Pablo Izaguirre"
del H.U.C.
Presidente de SOPETRO

Hospital universitario Fernando Troconis y la Universia

Cooperativa de Colombia

Certifica que:

Tobián Gonzalez L

Participo como asistente al

SEMINARIO SOBRE NOTAS DE ENFERMERÍA SU IMPORTANCIA E IMPLICACION LEGALES. HUMANIZACIÓN Y BALANCE DE LÍQUIDOS

REALIZADO EL DÍA 28 DE SEPTIEMBRE CON UNA INTENSIDAD HORARIO DE 4 HORAS

GRACIELA BASTIDAS
JEFE DE DEPARTAMENTO

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

EL HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS CON EL APOYO DE LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA COLOMBIA

HACE CONSTAR QUE

FABIAN GONZALEZ CASTRO

ASISTIO Y PARTICIPO ACTIVAMENTE EN LA CAPACITACION SOBRE:
AIEPI

CON UNA DURACIÓN DE 8 HORAS

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA EN SANTA MARTA A LOS 27 DÍAS DE MAYO DE 2010

CARMEN MERCADO
Enfermera

EVIDIA GAMBOA
Enfermera de Departamento

Beiersdorf S.A.
División Medical

CERTIFICADO DE PARTICIPACION

Otorgado a:

Fabián González C.

Por haber asistido al taller

ACTUALIZACION EN TECNICAS DE INMOVILIZACION

Duración: 6 Horas

Lugar: Hospital Central IMIB. Pto. Mtto.

Fecha: 6 Junio /96

SOVETTO
SOCIEDAD DE TECNICOS EN:
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA
PRESIDENTE

Hypsona® Articast® Leukolastic® Elastomull®

AERONÁUTICA CIVIL
Unidad Administrativa Especial

CENTRO DE ESTUDIOS DE CIENCIAS AERONÁUTICAS

CERTIFICA QUE:

Fabian González Castro

ASISTIÓ AL VI SEMINARIO
DE SANIDAD AEROPORTUARIA

Realizado en el Centro de Estudios de Ciencias Aeronáuticas
del 4 al 6 de junio de 2008

MARÍA EUGENIA ARCILA ZULUAGA
JEFE OFICINA
CENTRO DE ESTUDIOS DE CIENCIAS AERONÁUTICAS

GESTION DE EDUCACION CONTINUADA

NIT. 830.508.495-5

CERTIFICA QUE:

FABIAN ENRIQUE GONZALEZ CASTRO

C.C. No. 12.547.230

Asistió al

DIPLOMADO

MANEJO Y CUIDADO DEL PACIENTE EN UNIDAD DE CUIDADO C ADULTO Y NEONATAL

PARA EL AUXILIAR EN ENFERMERIA

Cursando en el Programa Corporativo de Educación Continuada con intensidad de 100 horas

Durante los meses Octubre - Diciembre de 2010 ,

Avalado por la

ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERAS CERTIFICADAS SECCIONAL ATLÁNTICO

Para su constancia se firma en la ciudad de Barranquilla Diciembre 17 de 2010

DR. LUIS FELIPE MENDOZA A.
GERENTE ADMINISTRATIVO

MARITZA CORDOBA BAYDI
PRESIDENTA DE ANDEC.SEC

DEFENSA CIVIL COLOMBIA
SECCIONAL MAGDALENA

CONFIERE A:

FABIÁN GONZÁLEZ
CC. No. 12.547.230

POR HABER ASISTIDO AL SEMINARIO TALLER SOBRE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y BÚSQUEDA Y RESCATE EN ESTRUCTURA COLAPSADAS CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS.

Realizado en Santa Marta Magdalena del 16 de Agosto al 01 de Noviembre de 2008.

ORLANDO JIMÉNEZ EVILLA
Instructor D.C.C.

MY. EDUARDO VÉLEZ SOTO
Director Seccional

Beiersdorf S.A.
División Medical

CERTIFICADO DE PARTICIPACION

Otorgado a:

Fabián González C.

Por haber asistido al taller

ACTUALIZACION EN TECNICAS DE INMOVILIZACION

Duración:	Lugar:	Fecha:
6 Horas	Hospital Central, IMB. Sala Mitu	5 Junio / 96

SOVETTO
SOCIEDAD DE TECNICOS EN: TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA
PRESIDENTE

Nivea Sposona® Artícast® Leukolastic® Elastomull®

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA

RESOLUCION NUMERO 3023 DE 19[illegible]

"Por la cual se concede una Inscripción y Registro"

[illegible] DIRECTOR DEL SERVICIO DEL SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA, en ejercicio [illegible] sus atribuciones legales y especialmente, en las conferidas en los [illegible] Decretos, y Leyes 056 de 1975, 121 de 1976 y la Resolución 08211 del 15 de [illegible] Junio de 1989 y,

CONSIDERANDO

[illegible] FABIAN ENRIQUE GONZALEZ CASTRO, identificada con la cédula de [illegible] ciudadanía No.12.547.230. expedida en Santa Marta, ha solicitado el [illegible] registro e Inscripción de su Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA, que le [illegible] otorgó EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE "SENA", de Santa Marta, el 7 [illegible] octubre de 1991

RESUELVE

ARTICULO UNICO: Regístrese e Inscríbase en la Oficina de Control de [illegible] Medicamentos y Alimentos del Servicio de Salud del Magdalena, a FABIAN [illegible] ENRIQUE GONZALEZ CASTRO para ejercer la profesión de AUXILIAR DE [illegible] ENFERMERIA.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santa Marta, a los [illegible]

LUIS FERNANDO VANEGAS QUERUZ

LUIS FERNANDO VANEGAS QUERUZ
Director Servisalud del
Magdalena

JOSE AGUSTIN RADA DIAZ
Jefe Control Medicamentos
Y Alimentos

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

SECRETARIA DE SALUD DPTAL. DEL MAGDALENA



REGISTRO NO. 563

NOMBRE: FABIAN GONZALEZ CASTRO

C.C. NO: 12.547.230

EXPEDIDA EN: SANTA MARTA

TITULO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

JEFE CONTROL MEDICAMENTOS
Y PROFESIONES MEDICAS

Se le agradece a todas las Autoridades, Civiles y Militares, prestar la mayor colaboración posible al funcionario portador de este Carnet.

Fecha de Expedición: 27- XI- 1996

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 *

12547230

Primer Nombre

FABIAN

Primer Apellido

GONZALEZ

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

4215

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-12-18→9:45:45 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	12547230	FABIAN	ENRIQUE	GONZALEZ	CASTRO	Vigente

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) FABIAN ENRIQUE GONZALEZ CASTRO identificado(a) con CC 12547230 registra La siguiente información:

2023-12-18→9:45:45 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	1996-11-26	3223	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).

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

República de Colombia

Departamento del Magdalena

CORPORACION EDUCATIVA

INSALUD

Un Nuevo Concepto en Educación

Formación para el Trabajo y el desarrollo Humano Con licencia de funcionamiento según resolución No. 525 del 04 de noviembre de 1999
y con registro de programa según resolución No. 0859 del 09 de junio de 2011 , emanada de la Secretaria de Educación Distrital de Santa Marta
y Acuerdo No. 0030 del 21 de enero de 2011 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

Teniendo en cuenta que

FABIAN GONZALEZ CASTRO

IDENTIFICADO (A) CON C.C. 12.547.230 DE SANTA MARTA - MAGDALENA

Aprobó los estudios programados por INSALUD y cumplió los Requisitos Exigidos por los Reglamentos Internos, le confiere el presente Certificado de Aptitud Ocupacional en el curso de:

Violencia Sexual

Con una Intensidad total de 30 horas, virtuales.
Dado en Santa Marta, a los 08 Dias del mes de Marzo del 2021.

Director INSALUD

Escaneado con CamScanner

República de Colombia

Departamento del Magdalena

CORPORACION EDUCATIVA INSALUD

¡ Un Nuevo Concepto en Educación !

Formación para el Trabajo y el desarrollo Humano Con licencia de funcionamiento según resolución No. 525 del 04 de noviembre de 1999 y con registro de programa según resolución No. 0859 del 09 de junio de 2011, emanada de la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo No. 0030 del 21 de enero de 2011 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

Teniendo en cuenta que

FABIAN GONZALEZ CASTRO

Identificado(A) con C.C. 12.547.230

Aprobó los estudios programados por INSALUD y cumplió los Requisitos Exigidos por los Reglamentos Internos, le confiere el presente Certificado de Aptitud Ocupacional en el curso de:

REANIMACION CARDIOPURMONAL RCP BASICO, AVANZADO

En testimonio de lo expuesto se expide el presente certificado que así lo acredita
Dado en Santa Marta, a los 11 días del mes de Mayo del 2023.

Director

Coordinador

Powered by CamScanner

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

Fabian Enrique González Castro

CC 12547230 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: 2023-06-09
Fecha de vencimiento: 2025-06-09

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

Fabian Enrique González Castro

CC 12547230 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: 2023-06-07
Fecha de vencimiento: 2025-06-07

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

Certificado de
Aptitud Laboral
Ingreso
Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 14/Dic/2022, **Hora:** 11:28:43 a.m
Apellido: Gonzalez Castro **Nombre:** Fabian Enrique
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 12547230
Empresa: Particular
Cargo: Auxiliar De Enfermeria
Direccion: Mz 21 Casa 9 Luz Del Mundo
Telefono: **Celular:** 3127841853 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: No Aplica
Peso: 69 Kg **Estatura:** 160 Cm **IMC:** 26.9 **Escolaridad:** Tecnico Profesional **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Sanitas **ARL:** Positiva **AFP:** Porvenir

HC: # 75597
Edad: 64 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 02/Abr/1958
Rh: O+

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteomuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular
Induccion Al Sitio De Trabajo
Pausas Activas
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Uso De Tapabocas Permanente
Cumplir Con Las Normal De Bioseguridad

Observaciones

Mirta Nuñez Gutierrez
Md. Especialista En Medicina Del Trabajo Y Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 1725
Registro #: 386

Fabian Enrique Gonzalez Castro
CC 12547230

Huella Digital

Powered by CamScanner

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 12547230 **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 12/09/2023 10:06 PM

_____

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

COOPERATIVA MEDICA DE TRABAJO ASOCIADO DE LA SALUD
"COOMEDISALUD"

NIT 830.501.380-6.

ELSUSCRITO GERENTE

DE LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE LA SALUD "COOMEDISALUD"

CERTIFICA QUE:

El Señor FABIAN GONZALEZ CASTRO, identificado con cédula de ciudadanía No 12.547.250, fue trabajador asociado de COOMEDISALUD desde el 1 de enero de 2008 hasta el 31 de julio de 2009, desempeñando el cargo de ENFERMERO.

Trabajo asociado en el aeropuerto Simon Bolivar de la ciudad de Santa Marta en el area de Urgencias.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a los cuatro (04) dias del mes de julio de 2009.

ANA MARIA VALENCIA I.
GERENTE GENERAL.

COOMEDISALUD
GERENTE

HOSPITAL CENTRAL

LA SUSCRITA JEFE DE LA SECCION DE HOSPITALIZACION

HACE CONSTAR:

Que el señor FABIAN GONZALEZ CASTRO, identificado con cedula Nº 12.547.230 de Santa Marta, laboro en el hospital central JULIO MENDEZ BARRENECHE, como auxiliar de enfermería, (Contratista) durante el periodo de el 14 de Julio del 92 al 04 de Abril de 2004 desempeñando sus servicios en el servicio de urgencias

Se expide la presente a solicitud del interesado en Santa Maria a los 15 dias del mes de Abril de 2006.

Atentamente,

GRACIELA BASTIDAS CUELLO
Enfermera CIPE (E)

Cra 14-Nº23-42. Tel: 4215894 FAX 4215894
SANTA MARTA

Serviefectivos
C.T.A.

COOPERATIVA
DE SERVICIOS
ESPECIALIZADOS

CERTIFICAMOS

Que el (la) señor (a) FABIAN GONZALEZ CASTRO, identificado con cédula de ciudadanía No. 12.547.230;estuvo asociada a SERVIEFECTIVOS CTA. desde el 03 de Mayo del 2010 hasta el 30 de Septiembre del 2010; desarrollando el proceso de AUXILIAR DE ENFERMERIA en la Unidad Estratégica de Negocio HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS, manifestando siempre profesionalismo, responsabilidad y compromiso.

Se expide el siguiente certificado a petición del interesado(a) a los treinta (30) dias del mes de septiembre del 2010.

Atentamente,

DRAHENITH PEREZ
Asistente Administrativo

Bogotá Piso
3689345 - 3690644 Cel: 3107120483
serviefectivos_colombia@yahoo.com
Colombia

HOSPITAL CENTRAL

CERTIFICACION

LA SUSCRITA ENFERMERA DE LA SECCION DE HOSPITALIZACION

HACE CONSTAR.

Que el señor **FABIAN GONZALEZ CASTRO**, identificado con cedula Nº 12.547.230 de Santa Marta, laboro en el hospital central **JULIO MENDEZ BARRENECHE**, como auxiliar de enfermeria. (Contratista) durante el periodo de el 14 de Julio del 92 al 13 de Julio de 2002, desempeñando sus servicios en el servicio de Medicina Interna Quirúrgica y Consulta Externa.

Se expide la presente a solicitud del interesado en Santa Marta a los 17 dias del mes de Agosto de 2006.

Atentamente.

GRACIELA BASTIDAS CUELLO
Enfermera CIPE (E)

Cra 14 Nº 23-42. Tel: 4215894 FAX 4215894
SANTA MARTA

HOSPITAL CENTRAL

CERTIFICACION

LA SUSCRITA ENFERMERA DE LA SECCION DE HOSPITALIZACION

HACE CONSTAR:

Que el señor FABIAN GONZALEZ CASTRO, identificado con cedula Nº 12.547.230 de Santa Marta, laboro en el hospital central JULIO MENDEZ BARRENECHE, como auxiliar de enfermeria. (Contratista) durante el periodo del el 14 de Julio del 92 al 13 de Julio de 2002, desempeñando sus servicios en el servicio de Medicina Interna Quirurgica y Consulta Externa.

Se expide la presente a solicitud del interesado en Santa Marta a los 17 dias del mes de Agosto de 2006.

Atentamente,

GRACIELA BASTIDAS CUELLO
Enfermera CIPE (E)

LA SUSCRITA JEFE DE LA SECCION DE HOSPITALIZACION

HACE CONSTAR:

Que el señor FABIAN GONZALEZ CASTRO, identificado con cedula Nº 12.547.230 de Santa Marta, laboro en el hospital central JULIO MENDEZ BARRENECHE, como auxiliar de enfermeria, (Contratista) durante el periodo de el 14 de Julio del 92 al 04 de Abril de 2001 desempeñando sus servicios en el servicio de urgencias

Se expide la presente a solicitud del interesado en Santa Marta a los 15 dias del mes de Abril de 2006.

Atentamente,

GRACIELA BASTIDAS CUELLO.
Enfermera CIPE (E)

COOPERATIVA MEDICA DE TRABAJO ASOCIADO DE LA SALUD
"COOMEDISALUD"

NIT 900.501.363-6

EL SUSCRITO GERENTE

DE LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE LA SALUD "COOMEDISALUD"

CERTIFICA QUE:

El Señor FABIAN GONZALEZ CASTRO, identificado con cédula de ciudadanía No 1.225.172.230, fue trabajador asociado de COOMEDISALUD desde el 1 de enero de 2008 hasta el 31 de julio de 2009, desempeñando el cargo de ENFERMERO.

Trabajo asociado en el aeropuerto Simón Bolívar de la ciudad de Santa Marta en el área de Urgencias.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a los cuatro (04) días del mes de julio de 2009.

ANA MARIA VALENCIA I.
GERENTE GENERAL.

COOMEDISALUD
GERENTE

CARRERA 43F No. 74-68 TELEFONOS: 3602181-3581027 BARRANQUILLA - COLOMBIA

ServiEfectivos
C.T.A.

COOPERATIVA
DE SERVICIOS
«ESCRITO»

CERTIFICAMOS

Que el (la) señor (a) FABIAN GONZALEZ CASTRO, identificado con cédula de ciudadanía No. 12.547.230,estuvo asociada a SERVIEFECTIVOS .CTA. desde el 03 de Mayo del 2010 hasta el 30 de Septiembre del 2010, desarrollando el proceso de AUXILIAR DE ENFERMERIA en la Unidad Estratégica de Negocio HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS, manifestando siempre profesionalismo, responsabilidad y compromiso.

Se expide el siguiente certificado a petición del interesado(a) a los treinta (30) días del mes de septiembre del 2010.

Atentamente,

DRAHENITH PEREZ
Asistente Administrativo

Barranquilla
[illegible] - 3630644 Cel: 3187123493
serviefectivos_colombia@yahoo.com
Barranquilla

COOPERATIVA MEDICA DE TRABAJO ASOCIADO DE LA SALUD
"COOMEDISALUD"
NIT 830.501.349-6

EL SUSCRITO GERENTE

DE LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE LA SALUD "COOMEDISALUD"

CERTIFICA QUE:

El Señor **FABIAN GONZALEZ CASTRO**, identificado con cédula de ciudadanía No 12.547.231, fue trabajador asociado de **COOMEDISALUD** desde el 1 de enero de 2008 hasta el 31 de julio de 2009, desempeñando el cargo de **ENFERMERO.**

Trabajo asociado en el aeropuerto Simón Bolivar de la ciudad de Santa Marta en el área de Urgencias.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a los cuatro (04) días del mes de julio de 2009.

ANA MARIA VALENCIA I.
GERENTE GENERAL.

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 12547230 **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 15/03/2024 11:52 AM

Código Verificación: **E5UM96Y7BP**

Válida hasta: **13/06/2024**

_____

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.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Edwin Enrique

Apellidos: Cocuyame Cantillo

Documento de Identidad: C.C. / T.I. Pasaporte No. 12 549 230

Fecha de Nacimiento: Día 02 Mes 11 Año 1958

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubeola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	V-12 / 18		
	2	11-11 / 18		
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1ª	11-11-2018	0953K	[illegible]
Contra Influenza	Anual	11-11-18	Tetra Gripe	
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	OTRO	Fecha de publicación	2023-02-15 13:52

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
FABIAN	ENRIQUE	GONZALEZ	CATRO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	12547230

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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/Curadurías/ u otra donde trabaje	HUJMB

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	

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	$18.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$18.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$18.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 12547230
NOMBRES Y APELLIDOS	Gonzalez Castro,Fabian Enrique
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/12/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Gonzalez Castro,Fabian Enrique, a los 14 días del mes de marzo del año 2024.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

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:

FABIAN ENRIQUE GONZALEZ CASTRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **12.547.230**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Marzo del 2024.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **FABIAN ENRIQUE GONZALEZ CASTRO** identificado con **CC** No. **12547230**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE - NI. 891780185	**Fecha de inicio de cobertura:** 01/09/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/01/2024 **Fecha fin de Contrato:** 31/03/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401013301268.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 días del mes de marzo de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

HJMB	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINCA?
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM. REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	Sexo
FABIAN ENRIQUE GONZALEZ CASTRO	M: X

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C. x C.E T.I R.C PP	12 547 230	SANTA MARTA	01 12 1977

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
2	4	1958	SANTA MARTA	MZ 21 CASA 9 URB LUZ DEL MUNDO	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
fabiangonzalezcastro12@gmail.com	3127841853	

Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	x	Empleado		Hogar		Jubilado		8	6	1	0

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICA CON INTERNACION

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
E.S.E HUJMB	Publica	x	Privada		Mixta		Otro, cual?	ENFERMERA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
KRA 14 #23-12	SANTA MARTA	ALCACERES	4346262

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	1.800.000	Total Egresos mensules	1.800.000
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: X

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: SALARIO

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades ilícitas 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 los derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A.

5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leido y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

Powered by CamScanner