

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO, Identificado con Cédula No. 12561910 y Profesión MEDICO GENERAL 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	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	

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **12.561.910**

VELEZ BERRIO

APELLIDOS

JUAN FERNANDO

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-AGO-1964**

GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

01-MAR-1983 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sánchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2100100-00164163-M-0012561910-20090724 0013856692A 1 4420101928



Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **12561910**

Resultados encontrados:

	No. # Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	12561910	VELEZ	BERRIO	JUAN	FERNANDO	2022-07-15, 10:54 pm

	No. # Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	12561910	VELEZ	BERRIO	JUAN	FERNANDO	2023-06-13, 9:48 pm

El (la) suscrito(a) **JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO** identificado con C.C. No. 12561910 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 18 del mes de MARZO de 2024.

Firma



Nombre **JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO**

Cédula **12.561.910 DE SANTA MARTA**

Aprobador – Entidad Estatal

Aprobado por:

GERMAN
GAVIRIA
VARGAS
MOSQUERA

Fecha de aprobación:

17/02/2024
12:21:45 AM
((UTC-05:00)
Bogotá, Lima,
Quito)

Contrato firmado: [CO1_PCCNTR_5885354_Firmado](#)

Contrato en ejecución: [CO1_PCCNTR_5885354_En ejecución](#)

Información del objeto

Tipo de proceso

Contratación régimen especial

Unidad de contratación

Grupo de contratación SECOP II

Proceso de Contratación

PRESTACION DE SERVICIOS

Título de la oferta

N/A

Cuantía del contrato

10.400.000,00 COP

SANTA MARTA, MAGDALENA. ABRIL 2024

DOCTOR
GERENTE
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CORDIAL SALUDO

A SOLICITUD DE SU RESPETADA INSTITUCION, YO JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO, IDENTIFICADO CON C.C. 12.561.910 DE SANTA MARTA, LE SOLICITO A USTED ME PERMITA INGRESAR COMO MEDICO GENERAL CON ENTRENAMIENTO EN UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO, A REALIZAR LABORES DE SU COMPETENCIA EN LAS AREAS DE CUIDADO CRITICO NEONATAL Y PEDIATRICA.
SE ANEXAN DATOS DE NOTIFICACION:

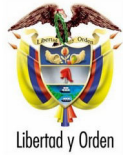
JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO
CC. 12 561 910 DE SANTA MARTA
DIRECCION CARRERA 24 No 20-36 VILLA JARDIN III
EMAIL: fernando080109@hotmail.com
CELULAR 3016350350

ESPERO REUNIR LAS CONDICIONES PARA TAL CARGO DENTRO DE LA EMPRESA

ATENTAMENTE,



JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO
C.C. 12.561.910 DE SANTA MARTA



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Velez	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Berrio	NOMBRES Juan Fernando
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 12561910	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO 12561910	D.M. 44
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 01 MES 08 AÑO 1964 PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA MUNICIPIO GIRARDOT	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 24 - 20 36 Villa Jardin III PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO SANTA MARTA TELÉFONO 4224908 EMAIL fernando080109@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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1980

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)							
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:							
TC (TÉCNICA)		TL (TECNOLÓGICA)		TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)		UN (UNIVERSITARIA)	
ES (ESPECIALIZACIÓN)		MG (MAESTRÍA O MAGISTER)		DOC (DOCTORADO O PHD)			
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).							
MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	12	X			06	1989	

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
INGLÉS	X				X		X		

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			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	01	Año	2020	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	01	Año	2019	Día	31	Mes	12	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL MED GENERAL			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA PRADO				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4314858			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	27	Mes	03	Año	2019	Día	30	Mes	06	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL MED GENERAL			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CARRERA 5 No 26 ESQ						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6054368060			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	08	Año	2015	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CATEDRATICO MEDICINA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Troncal del caribe						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	01	Año	2018	Día	30	Mes	06	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION CARDIOVASCULAR				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4329100			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	19	Mes	08	Año	2009	Día	28	Mes	02	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CARRERA 4 N 26 A 71					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD PUNTO EMPLEO S.A.				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	06	Año	2008	Día	24	Mes	03	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD MEDICO GENERAL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	08	Año	2006	Día	05	Mes	05	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 18 N 12 16 OFICINA 301					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE JOSE PRUDENCIO PADILLA UNIDAD HOSPITALARIA CAA CUNDI				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	26	Mes	04	Año	2003	Día	18	Mes	04	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 36 N 44 01					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO DEL SEGURO SOCIAL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.				MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO					
				Día	16	Mes	04	Año	1996	Día	26	Mes	06
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL				DEPENDENCIA				DIRECCIÓN Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA				MUNICIPIO SANTA MARTA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO					
				Día	06	Mes	07	Año	1991	Día	28	Mes	08
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA				DEPENDENCIA				DIRECCIÓN CARRERA 4 N 7 Y 8					

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE													
INSTITUCIÓN EDUCATIVA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA				MUNICIPIO SANTA MARTA				CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONOS 4368060				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO					
				Día:	01	Mes:	08	Año:	2014	Día:		Mes:	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD				NIVEL EDUCATIVO PREGRADO				DIRECCIÓN ANILLO VIAL - TRONCAL DEL CARIBE SECTOR MAMATOCO					

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE													
INSTITUCIÓN EDUCATIVA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA				MUNICIPIO SANTA MARTA				CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO					
				Día:	05	Mes:	02	Año:	2018	Día:	22	Mes:	06
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD				NIVEL EDUCATIVO PREGRADO				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	21	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	27	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	2
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	53	13

6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento SANTA MARTA MARZO 18 DE 2024

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



República de Colombia

Departamento del Magdalena

Colegio Franciscano De
San Luis Beltrán

Aprobado por Resolución No. 17486 de Noviembre 23 de 1978

Emanada del Ministerio de Educación Nacional

Teniendo en cuenta que:

Juan Fernando Vélez Berrío

Terminó satisfactoriamente los estudios correspondientes a la Educación
Media de acuerdo con la Resolución No. 2332 de Abril 5 de 1974,
le confiere el título de:

Bachiller Académico

El Rector,

Dr. Gustaf Frutillar
Firma y Sello

El Secretario,

Glóscia García A.
Firma y Sello

Expedido en Santa Marta, el 30 de Noviembre de 1980

Gobernación del Magdalena

Anotado al folio No. 149 del Libro de Registro de Diplomas No. 28 No. 22-584 de nov. 26/80

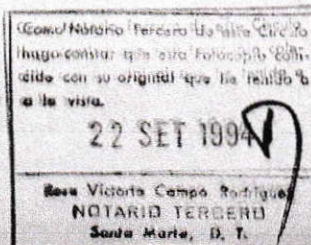
El Gobernador del Departamento

Wladimir Páez
El Secretario de Educación

El Jefe de Educación Media



Registrado en Santa Marta, a 26 de Noviembre de 1980



73

UNIVERSIDAD DEL NORTE

ACTA DE GRADO No.

03-89-02-37

En Barranquilla a los 30 días del mes de junio de mil novecientos 89 se llevo a cabo la ceremonia de graduación presidida por el Rector y las autoridades académicas, en la cual la Universidad del Norte autorizada para el efecto según Decreto No. 263 del 22 de Febrero de 1973 del Ministerio de Educación Nacional, y previo juramento reglamentario, confirió el título de:

M E D I C O C I R U J A N O

a

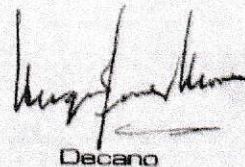
JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO

identificado con C.C. No. 12.561.910 de Santa Marta (Magd.) quien cumplió con los requisitos exigidos por la Universidad.

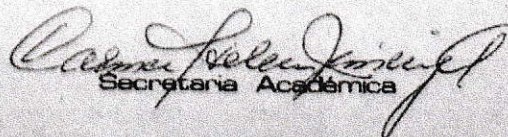
En fé de lo anterior se firma la presente acta de grado, en la ciudad de Barranquilla a los 30 días del mes de junio de 1989

Firmado por


Rector


Decano


Director del Programa


Secretaria Académica

UNIVERSIDAD DEL NORTE

En nombre de la REPUBLICA DE COLOMBIA y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional mediante decreto
No. 263 del 22 de Febrero de 1973. Representada por el Consejo Directivo y el Rector:

teniendo en cuenta que:

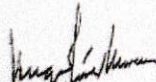
JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO

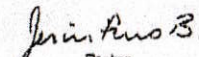
C.C. No. 12.561.810 de Santa Marta (Magd.)

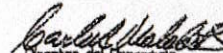
Ha cumplido los requisitos académicos exigidos por la Universidad,
le otorga con todas las prerrogativas, obligaciones y derechos el título de:

MEDICO CIRUJANO

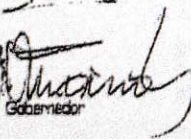
Dado en Barranquilla a los 30 días del mes de Junio de 1989


Director de División


Rector


Director del Programa




Gobernador


Secretaría Académica


Secretaría de Educación

MINISTERIO DE SALUD
Firmado en este título como lo ha sido
directo legal
Ingente C.S. VIII-9
Inscripción No. 5819



Libro No. 08

Acta No. 08-08-02-87

Registrado LR No. 08



Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C1256191000173577

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL
NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA
CERTIFICA**

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO**, identificado(a) con C.C. No. 12561910 y T.P. o R.M. No. 626/1999 del(a) Secretaría Seccional de Salud del Magdalena, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el martes 19 marzo 2024 a solicitud del(a) interesado(a).


ELIANA PATRICIA RAMIREZ CANO
Presidente



Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7440583-(601)6279975 Bogotá D. C.

E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org

antecedentestribunal@outlook.com



MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION Número 9819

Por la cual se concede una autorización

EL SUBDIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR

En ejercicio de la delegación conferida por Resolución número 8078 de Junio 26 de 1991 según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956, y

CONSIDERANDO :

Que JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO con C.C. No. 12.561.910
de Santa Marta ha solicitado el registro de su TITULO
De MEDICO CIRUJANO
Que le otorgó LA UNIVERSIDAD DEL NORTE, el 30 de junio de 1.989

Que dicho TITULO se encuentra debidamente refrendado en la Secretaría
de Educación de ATLANTICO

Al folio 147 del libro 63 de abril 10 de 1.991

Que CUMPLE EL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO EN LA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA.

RESUELVE :

ARTICULO UNICO .- Autorízase a JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO
para ejercer la profesión de MEDICO CIRUJANO
en el territorio nacional, previa anotación correspondiente

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

Por el Ministro de Salud.

República de Colombia
Circulo de Santa Marta
DOROTEO LAFAURIE
NOTARIO PRIMERO (E)

21 ADO. 1991

NOTARIO PRIMERO
Santa Marta (Magdalena)

ESMERALDA VARGAS VALLEJO
SUBDIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS
DEL SECTOR

ESPERANZA M. de LOBO
JEFE DIVISION DE DESARROLLO
DEL RECURSO HUMANO

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
SECRETARIA DE SALUD DPTAL. DEL MAGDALENA



REGISTRO NO. 626

NOMBRE: JUAN FERNANDO VELEZ B.

C. C. NO. 12. 561. 910

EXPEDIDA EN: SANTA MARTA

TITULO: MEDICO

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: 01 JUN. 1999

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 *

12561910

Primer Nombre

juan

Primer Apellido

velez

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

4076

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2024-03-19→12:23:01 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	12561910	JUAN	FERNANDO	VELEZ	BERRIO	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) JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO identificado(a) con CC 12561910 registra La siguiente información:

2024-03-19→12:23:01 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Medicina	1991-08-05	9819	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

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).



PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

Página 1/2
PÓLIZA 802050017
CERTIFICADO RM24628
REFERENCIA PAGO 0900131570
ELECTRONICO DD MM AAAA
FECHA EXPEDICION: 30 01 2024

UBICACION: SANTA MARTA USUARIO: HVILLA TIP CERTIFICADO: Endoso

TOMADOR	VELEZ BERRIO JUAN FERNANDO	C.C. O NIT:	12561910	8
DIRECCIÓN:	CR 24 20 36 BRR JARDIN	CIUDAD:	SANTA MARTA	
E-MAIL:	FERNANDO080109@HOTMAIL.COM	TELÉFONO:	6054231990	
ASEGURADO:	VELEZ BERRIO JUAN FERNANDO	C.C. O NIT:	12561910	
DIRECCIÓN:	CR 24 20 36 BRR JARDIN	CIUDAD:	SANTA MARTA	TEL. 6054231990
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	C.C. O NIT:	0000000000	
DIRECCIÓN:		CIUDAD:		TEL.

VIGENCIA				VALOR ASEGURADO EN PESOS			
DD	MM	AAAA		ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA	
DESDE	03	01	2024	HASTA	03	01	2025
					250,000,000.00	140,000,000.00	390,000,000.00
INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA	
%PART	NOMBRE	COMPANIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM:	MONEDA
100.00	EGON SEGUROS LTDA					PRIMA NETA	PESOS
						CARGOS DE EMISION	PESOS
						IVA	PESOS
						TOTAL	

AMPAROS		VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
		Desde	Hasta				%	Mínimo
R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS		03-01-2024	03-01-2025	250,000,000.00	390,000,000.00	88,000.00	10	1,500,000.00
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia		03-01-2024	03-01-2025	50,000,000.00	50,000,000.00	0.00	10	900,000.00
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento		03-01-2024	03-01-2025	50,000,000.00	50,000,000.00	0.00	10	100,000.00
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia		03-01-2024	03-01-2025	50,000,000.00	78,000,000.00	17,600.00	10	900,000.00
Gastos Judiciales de Defensa / Evento		03-01-2024	03-01-2025	50,000,000.00	78,000,000.00	0.00	10	900,000.00

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENMIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

SISTEMA BASE COBERTURA: OCURENCIA

ACTIVIDAD PROFESIONAL: MEDICO

SE EXPIDE ANEXO MODIFICATORIO PARA AUMENTAR VALOR ASEGURADO EN \$140.000.000 A SOLICITUD DEL ASEGURADO. LOS DEMAS TERMINOS PERMANECEN EN

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERÁ HACER A MÁS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCI DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

EL PRESENTE CERTIFICADO DE SEGUROS SE RIGE BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA 802050017 Y CERTIFICADO RM24499

Maria Juana Herrera Rodriguez
CC 52 420 596



(41517709998911901(8020)0900131570

TOMADOR

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia

Fecha de Impresión: Tue, 30 Jan 2024 10:59:13

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS



CONFIANZA

Swiss Re
Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

UBICACION: SANTA MARTA

USUARIO: HVILLA

TIP CERTIFICADO: Endoso

PÓLIZA
CERTIFICADO
REFERENCIA PAGO
ELECTRONICOPágina 2/2
802050017
RM24628
0900131570
DD MM AAAA

FECHA EXPEDICION: 30 01 2024

TOMADOR		VELEZ BERRIO JUAN FERNANDO		C.C. O NIT:		12561910		8	
DIRECCIÓN:		CR 24 20 36 BRR JARDIN		CIUDAD:		SANTA MARTA			
E-MAIL:		FERNANDO080109@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:		6054231990			
ASEGURADO:		VELEZ BERRIO JUAN FERNANDO		C.C. O NIT:		12561910			
DIRECCIÓN:		CR 24 20 36 BRR JARDIN		CIUDAD:		SANTA MARTA		TEL 6054231990	
BENEFICIARIO:		TERCEROS AFECTADOS		C.C. O NIT:		0000000000			
DIRECCIÓN:				CIUDAD:		TEL.			
VIGENCIA				VALOR ASEGURADO EN PESOS					
DESDE		HASTA		ANTERIOR		ESTA MODIFICACIÓN		NUEVA	
DD MM AAAA		DD MM AAAA							
03 01 2024		03 01 2025		250,000,000.00		140,000,000.00		390,000,000.00	
INTERMEDIARIO			COASEGURO			PRIMA			
%PART	NOMBRE	COMPañIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM:	MONEDA	VALORES	
100.00	EGON SEGUROS LTDA					PRIMA NETA	PESOS	105,600.00	
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00	
						IVA	PESOS	20,064.00	
						TOTAL		125,664.00	

IGUALES CONDICIONES.

nota: la compañía se hace responsable del incremento del valor asegurado apartir de la fecha de emision del presente endoso a la poliza.

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA. «A LA HORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EMITAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCE LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.» LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACER A MÁS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EMITAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VIA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARRIARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOZCO DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA, TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE COMPAÑÍA S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2589 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUSTITUYÉNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA COMPARADA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE PARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SE ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COBESIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA, DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE COMPAÑÍA S.A, INCLUIDOS LOS SEÑALES ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

EL PRESENTE CERTIFICADO DE SEGUROS SE RIGE BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA 802050017 Y CERTIFICADO RM24499

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



415177099891190180200900131570

TOMADOR

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Fecha de Impresión: Tue, 30 Jan 2024 10:59:13



Nit. 900386743-5

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.grupocolombianodeemergencias.com

CERTIFICA QUE:

JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO.

C.C. 12.561.910

REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

“ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO”

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DÍA 11 DE DICIEMBRE DE 2022.

DURACIÓN 40 HORAS.

Según Resolución 0459 del 2012.

Resolución 3100/2019. LICENCIA No 10316 de 09/07/2021.



KAREN LOBO NARVAEZ.

COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.



DR. STEVENSON CARDONA S.

DIRECTOR CIENTÍFICO
MÉDICO INTERNISTA-CARDÍOLOGO
FELLOW ELECTROFISIOLOGÍA.



DR. RICARDO LEON SANCHEZ C.

COORDINADOR MÉDICO DEL PROGRAMA PEPYN
MÉDICO PEDIATRA NEONATOLOGO
ENTRENADOR NALS/PALS GCE

FECHA DE RENOVACION DICIEMBRE 2024



**ORGULLOSAMENTE
COLOMBIANO**

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...

LÍNEA GRATIS NACIONAL 018000942270

LÍNEA NACIONAL 3107451750



Nit. 900386743-5

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.grupocolombianodeemergencias.com

CERTIFICA QUE:

JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO.
C.C. 12.561.910

REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

“SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO PEDIÁTRICO “SVAP-PALS”

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA), EL DÍA 05 DE DICIEMBRE DEL 2022.

DURACIÓN 48 HORAS

DESARROLLADO CON LAS GUÍAS 2015-2020 DE LOS COMITÉS NACIONALES E INTERNACIONALES DE RESUCITACIÓN, PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.

TEMARIO: EVALUACIÓN PEDIÁTRICA, CONCEPTO DE EQUIPO DE RESUCITACIÓN, RCCP, BRADIARRITMIAS Y TAQUIARRITMIAS, EMERGENCIAS RESPIRATORIAS, SHOCK, FARMACOLOGÍA

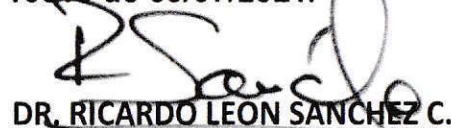
Resolución 3100/2019. LICENCIA No 10316 de 09/07/2021.


KAREN LOBO NARVAEZ.

COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.
INSTRUCTORA BLS-ACLS (AHA), CORAT.


DR. STEVENSON CARDONA S.

DIRECTOR CIENTÍFICO
MÉDICO INTERNISTA-CARDIÓLOGO
FELLOW ELECTROFISIOLÓGIA.


DR. RICARDO LEON SANCHEZ C.

COORDINADOR MÉDICO DEL PROGRAMA PEPYN
MÉDICO PEDIATRA NEONATOLOGO
ENTRENADOR NALS/PALS GCE.



ORGULLOSAMENTE
COLOMBIANO

FECHA DE RENOVACION SVAN – PALS DICIEMBRE 2024

Cel. 3107451759

 grupocolombianodeemergencias@gmail.com  Grupo Colombiano de Emergencias  @Grupocolombiano

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...
LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270
LINEA NACIONAL 3107451759

GRUPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIAS

NIT. 901.687.882-6



CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS PARA LATINOAMERICA

CERTIFICA QUE:

JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO.

C.C. 12.561.910.

REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

“DIPLOMADO UCI PEDIATRICO Y NEONATAL” “APOYO VITAL DEL PACIENTE PEDIATRICO Y NEONATAL EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS”

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DIA 08 DE JUNIO DE 2023.

DURACIÓN 120 HORAS.

TEMARIO: GENERALIDADES EN UCI, ABORDAJE DEL NIÑO CRITICO, URGENCIAS PEDIATRICAS, MANEJO DE LA VIA AEREA, NEONATOLOGIA I, NEONATOLOGIA II.

DESARROLLADO CON LAS GUÍAS 2020 DE LOS COMITÉS NACIONALES (CNR) E INTERNACIONALES DE RESUCITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD. Resolución 3100/2019..

Licencia según Resolución No. 2868 DEL 05 DE MAYO DE

2023. Certificado por cumplimiento según resolución 1220 de 2010, 1805 de 2016, 2003 de 2014 y 4481 de 2012. *Cruce Mag.*

AMAURY JULIO.

COORDINADOR OPERATIVO NACIONAL
LÍDER DE ENTRENAMIENTO Y ENLACE PARA LATINOAMÉRICA
LÍDER DEL EQUIPO DE ENTRENADORES Y
SIMULACIÓN CLÍNICA.

DR. STEVENSON CARDONA S.

DIRECTOR CIENTÍFICO
MÉDICO INTERNISTA-CARDÍOLOGO
FELLOW ELECTROFISIOLOGÍA.

DR. RICARDO LEON SANCHEZ C.

COORDINADOR MÉDICO DEL PROGRAMA PEPYN
MÉDICO PEDIATRA NEONATOLOGO
ENTRENADOR NALS/PALS GLEM.

FECHA DE RENOVACION JUNIO 2025.

@emergencias.glem @emergencias.glem emergencias.glem@gmail.com



Linea nacional
310 231 0 500



GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.grupocolombianodeemergencias.com

CERTIFICA QUE:

JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO.
C.C. 12.561.910

REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

“MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS”

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DÍA 28 DE NOVIEMBRE DEL 2022
DURACIÓN 20 HORAS.

TEMARIO: ASPECTOS PSICOSOCIALES, ASPECTOS ÉTICOS Y MARCO LEGAL AL FINAL DE LA VIDA,
CUIDADOS PALIATIVOS ANTE LAS DIFERENTES PATOLOGÍAS, ASPECTOS PSICOSOCIALES, ASPECTOS
ÉTICOS Y MARCO LEGAL AL FINAL DE LA VIDA,

Resolución 3100/2019. **LICENCIA No. 10316 de 09/07/2021.**

KAREN LOBO NARVAEZ.

COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.

DR. STEVENSON CARDONA S.

DIRECTOR CIENTÍFICO
MÉDICO INTERNISTA-CARDIÓLOGO
FELLOW ELECTROFISIOLOGÍA.

DR. RICARDO LEON SANCHEZ C.

COORDINADOR MÉDICO DEL PROGRAMA PEPYN
MÉDICO PEDIATRA NEONATOLOGO
ENTRENADOR NALS/PALS GCE.

FECHA DE RENOVACION NOVIEMBRE 2024

cel.310 7451759



ORGULLOSAMENTE
COLOMBIANO

Lo Bueno del Grupo es Estar en El..
LINEA GRATIS NACIONAL 01800094227



Nit. 900386743-5

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.grupocolombianoodeemergencias.com

CERTIFICA QUE:

JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO.
C.C. 12.561.910

REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

“GESTIÓN DEL DUELO”

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DÍA 29 DE NOVIEMBRE DE 2022.
DURACIÓN 08 HORAS.

TEMARIO: ROL DEL PROFESIONAL EN LOS PROCESOS DE NEGACION Y ACEPTACIÓN EN EL PACIENTE, EL DUELO EN SITUACIONES ESPECIALES, DUELO ANTICIPATORIO, DUELO POR SUICIDO, DUELO POR MUERTE TRAUMÁTICA, DUELO POR DESAPARICIÓN, DUELO POR MUERTE PERINATAL.

RESOLUCIÓN 3100/2019. **LICENCIA No. 10316 de 09/07/2021.**

KAREN LOBO NARVAEZ.

COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.

DR. STEVENSON CARDONA S.

DIRECTOR CIENTÍFICO
MÉDICO INTERNISTA-CARDIÓLOGO
FELLOW ELECTROFISIOLOGÍA

DR. RICARDO LEÓN SANCHEZ C.

COORDINADOR MÉDICO DEL PROGRAMA PEPYN
MÉDICO PEDIATRA NEONATOLOGO
ENTRENADOR NALS/PALS GCE.

FECHA DE RENOVACION NOVIEMBRE 2024



Lo Bueno del Grupo es Estar en El.

LÍNEA GRATIS NACIONAL 01800004227



Nit. 900386743-5

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.grupocolombianodeemergencias.com

CERTIFICA QUE:

JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO.

C.C. 12.561.910

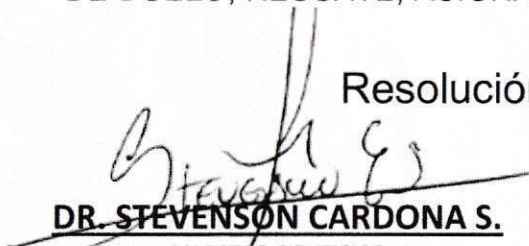
REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

“CUIDADOS DEL DONANTE”

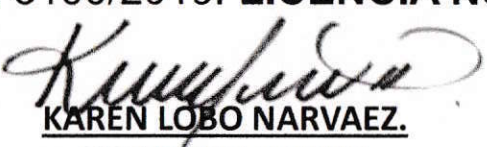
ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DÍA 01 DE DICIEMBRE DEL 2022
DURACIÓN 40 HORAS,

TEMARIO: NORMATIVIDAD DE DONACIÓN, DETECCIÓN, NOTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DEL POTENCIAL DONANTE, MUERTE ENCEFÁLICA, MANTENIMIENTO DEL POTENCIAL DONANTE, COMUNICACIÓN EN SITUACIÓN DE DUELO, RESCATE, ASIGNACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE ÓRGANOS, DONACIÓN DE TEJIDOS, PROMOCIÓN A LA DONACIÓN. MITOS Y REALIDADES.

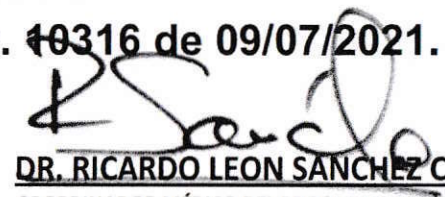
Resolución 3100/2019. **LICENCIA No. 40316 de 09/07/2021.**


DR. STEVENSON CARDONA S.

DIRECTOR CIENTIFICO
MÉDICO INTERNISTA-CARDIOLOGO
FELLOW ELECTROFISIOLOGIA.


KAREN LOBO NARVAEZ.

COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.


DR. RICARDO LEON SANCHEZ C.

COORDINADOR MÉDICO DEL PROGRAMA PEPYN
MEDICO PEDIATRA NEONATOLOGO
ENTRENADOR NALS/PALS GCE.

FECHA DE RENOVACION DICIEMBRE 2024.

CELULAR; 3107451759

 grupocolombianodeemergencias@gmail.com



Grupo Colombiano de Emergencias



@Grupocolombiano



ORGULLOSAMENTE
COLOMBIANO

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...

LÍNEA GRATIS NACIONAL 018000942270

LÍNEA NACIONAL 3107451750

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso

Fecha de consulta: 03/01/2024

Información paciente

Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR

Nombre completo: JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO

Responsable: El mismo paciente

Cargo: MEDICO

Edad: 59

Estado civil: Casado

Teléfono:

Nº hijos: 6

EPS: Nueva EPS

Empresa en misión:

Identificación: CC: 12561910

Acompañante: Ninguno

Fecha nacimiento: 01/08/1964

Genero: Masculino

Escolaridad: Pregrado (Universitaria)

Dirección: Magdalena, Santa marta,

ARL:

AFP: Colpensiones



Exámenes analizados

- Examen medico ocupacional .

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Anexo

SE REALIZO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Recomendaciones generales

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

Recomendaciones específicas

Destinatario: Empleado

Permanente: No

Fecha inicial:

Fecha final:

Duración:

Recomendación:

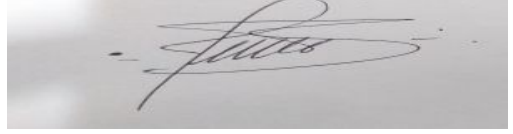
HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, DIETA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

NOTAS:

- SE RECOMIENDA SEGUIR PROTOCOLOS DE SEGURIDAD EMPRESARIAL RESPECTO A LA PREVENCION DEL CONTAGIO POR SARS COVID 19



Pedro Francisco Manjarres Palacio
Profesión: Medico especialista en sst
Registro: 70584



Aspirante o trabajador
JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO
Identificación: CC: 12561910

SEGURO SOCIAL

**LA SUSCRITA JEFE DEL DEPARTAMENTO
SECCIONAL DE RECURSOS HUMANOS DEL SEGURO
SOCIAL SECCIONAL ATLANTICO**

CERTIFICA

Que el Señor **JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 12.561.910, ingresó al Instituto de Seguro Social el 17 de Abril de 1996, en el cargo de Médico General, Grado 36, 8 horas y en virtud del Decreto 1750 del 26 de Junio de 2008, se incorporó automáticamente y sin solución de continuidad a la **RSE JOSE PRUDENCIO PADILLA, UNIDAD HOSPITALARIA CAA CUNDI, Seccional Magdalena.**

Con Nombramiento provisional se desempeñó por 1 año a partir del 17 de Abril de 1996 al 16 de Abril de 1997 como Médico General, Grado 36, 8 horas, CAA Cundi, Seccional Magdalena.

Firmo Contrato Individual de Trabajo con plazo presuntivo como Médico General, Grado 36, 8 horas, CAA Cundi-Santa Marta a partir del 18 de Abril de 1997.

No registra otorgamiento de Licencia no remunerada ni Sanción Disciplinaria en su hoja de vida.

En el evento que la presente constancia tenga enmendaduras carece de validez.

Se expide a solicitud del interesado a los 5 días del mes de Mayo de 2009 a solicitud del interesado.


JANE DE LA CRUZ FONTALVO

JDLCP/Nore
05/05/09

21

COOPERATIVA DE TRABAJO MÉDICO ASOCIADO COOMEDISALUD CTA

NIT: 804 012 155-1

Vigilante Representativa



COOMEDISALUD

EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA COOPERATIVA DE TRABAJO MEDICO ASOCIADO

COMEDISALUD CTA

CERTIFICA QUE:

JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO identificado (a) con la cédula de ciudadanía número 12561910 fue trabajador (a) asociado (a) de **COOMEDISALUD CTA** desde el 19 de agosto de 2009 hasta el día 12 de julio de 2011, quien aportó su trabajo asociado como MEDICO GENERAL en el proceso UCI NEONATAL SM ofertado a la entidad contratante F.C.V. INSTITUTO DEL CORAZON SANTA MARTA.

Este certificado se expide a solicitud del interesado el día martes, 20 de septiembre de 2011.

ANA BEATRIZ VASQUEZ CASTRO

Este certificado fue generado a través de medio magnético; para la verificación del contenido por favor comunicarse con la persona responsable de nómina al teléfono 7 6819185 - Celular 317 4309274

• SEDA PRINCIPAL: CALLE 17 No. 37A-02
TOLIMA/TOC: 7000 7000, COT: 917 299 8776 FLORENTINBLANCA - SANANDER
• AGENCIA BARRIOCAL: CARRERA 12 No. 30-26
TOLIMA/TOC: 7000 7000, COT: 917 299 8776 FLORENTINBLANCA - SANANDER

• AGENCIA BARRIOCAL: CALLE 15 No. 33 VÍA CALAMBO
TOLIMA/TOC: 7000 7000, COT: 917 299 8776 FLORENTINBLANCA - SANANDER
• AGENCIA BARRIOCAL: CARRERA 12 No. 30-26
TOLIMA/TOC: 7000 7000, COT: 917 299 8776 FLORENTINBLANCA - SANANDER



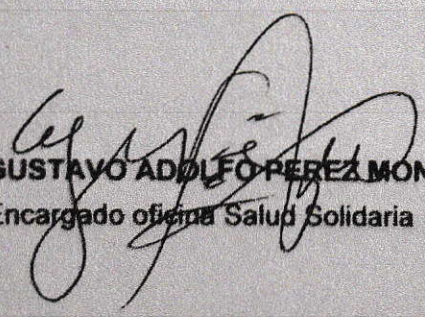
NIT 830 105 903-9

**COOPERATIVA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD
SALUD SOLIDARIA**

CERTIFICA QUE

Que el Doctor **JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO** identificado con cédula de ciudadanía 12.561.910, prestó sus servicios como Medico General en el Centro de Atención Ambulatoria Cundi de la Ciudad de Santa Marta, asociado a la cooperativa, desde Agosto 1 de 2006 a Mayo 5 de 2007. Periodo durante el cual cumplió responsablemente con todas las actividades asignadas siendo una persona honesta y seria.

La presente se expide en Santa Marta a los nueve (09) días del mes de Mayo de dos mil siete (2007).



GUSTAVO ADOLFO PEREZ MONTERO

Encargado oficina Salud Solidaria

Sede Nacional: Transversal 17 No. 120-74 oficina 202 telefax 6195855
Bogotá - Colombia
Sede Santa Marta Cl 18 No 12-16 Barrio cundi-Oficina 301 Tel: 4231420
E-mail: saludsolidaria@anestecoop.com

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL

CERTIFICA:

Que el(a) señor(a) **JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO** identificado (a) con la cédula de ciudadanía 12.561.910 labora como empleado(a) en misión para la empresa **UNION TEMPORAL SOPORTE CRITICO** desempeñando el cargo de **MEDICO GENERAL**, desde el 01 de junio de 2008 a la fecha, con una asignación básica mensual de un millón setecientos mil pesos m/cte (\$1.700.000) y otros ingresos promedio de \$283.000. Su contrato de trabajo es por obra o labor contratada.

Dada en Barranquilla, Atlántico a los veinticuatro (24) días del mes de marzo de 2009.


SANDRA VICTORIA OSORIO ECHEVERRY
Representante Legal

ARMENIA OF. PRINCIPAL
Tels. 746 5624 - 745 3095
Calle 15 No. 13-55 Piso 2

PEREIRA
Tels. 334 5143 - 335 2457
Calle 18 No. 8-35 Of. 301

BOGOTÁ D.C.
Tel. 691 4787 - 691 2905
Cra. 15 No. 95-64 Of. 205A

MEDELLÍN
Tels. 5113037 - 5124548
Calle 52 No 43-70
Ed. Playa Horizontal Of. 202

CALI
Tels. 888 2424 - 881 6213
Cra. 4 No. 11-33 Of. 902

BUCARAMANGA
Tel. 657 6851
Cra. 34 No.48-06 Of.303

MANIZALES
Tels. 886 3083 - 886 2718
Ed. El Castillo Of. 705

BARRANQUILLA
Tel. 3691929
Ed. World Trade Center Of. 312

PASTO
Tel. 729 2635
Calle 18 No. 24-29 Of. 203

VILLAVICENCIO
Tel. 671 1013
Cra. 30 No. 15-08 Of. 203

Línea Nacional 01-8000-112838 • E-mail: info@puntoempleosa.com • www.puntoempleosa.com

**LA SUSCRITA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DEL
INSTITUTO DEL CORAZON SANTA MARTA - FUNDACION
CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA**

CERTIFICA:

Que el Doctor **JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO**, identificado con la cédula de ciudadanía Número 12561910 expedida en Santa Marta, labora en Nuestra Institución desde el día 13 de Julio de 2011, con contrato de trabajo a termino fijo inferior a un año.

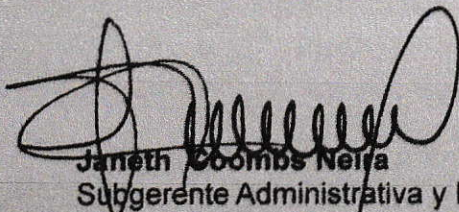
El Doctor **JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO**, se desempeña en el cargo de MEDICO GENERAL de la Fundación Cardiovascular de Colombia. Devenga una asignación salarial mensual de DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA MIL QUINIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE (\$2.680.590.00)

La presente certificación se expide con destino al HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS, a los 04 días del mes de Julio de 2014.

Atentamente,

FC

1974, 2000, 2006, 2008



Janeth Coombs Neira
Subgerente Administrativa y Financiera
FCV Instituto del Corazón Santa Marta
Email: janethcoombs@fcv.org

NIT: 890212568-0

Instituto del Corazón Floridablanca: Calle 155A No 23-58 Urbanización El Bosque - PBX: (7)639 9292 - (7)639 6767 Floridablanca - Santander

Instituto del Corazón Santa Marta: Carrera 4a No 26A-71 PBX: (5)431 6485 - Santa Marta

Sede FCV Bogotá: Carrera 14 No 98-73 Of. 503 - PBX: (1)636 4670 - (1)522 0128 - Bogotá D.C.

Centro Tecnológico Empresarial: Carrera 5a No 6-33 PBX: (7)679 6470 - Floridablanca - Santander

www.fcv.org

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 12561910 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 18/03/2024 04:08 PM



Código Verificación: **BTDZXKJP26**

Válida hasta: **16/06/2024**

Dirección de Gobierno Digital

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

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO



NOMBRES

Juan Fernando

APELLIDOS

Velez Berrio

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

No. 12561910

FECHA DE
NACIMIENTO

aaaa

mm

dd

7/9/64. 0/8 0/1

BIOLÓGICO

FECHA
(DD/MM/AAA)

FABRICANTE
Y LOTE

VALIDEZ

FIRMA
VACUNADOR

TOXOIDE TETÁNICO

VARICELA

NEUMOCOCO

INFLUENZA

12-07-20 V5022006 *[Signature]*

BIOLÓGICO

FECHA
(DD/MM/AAA)

FABRICANTE
Y LOTE

VALIDEZ

FIRMA
VACUNADOR

ZOSTAVAX
HERPES ZOSTER

HEPATITIS
A

OTRAS

OBSERVACIONES:

BIOLOGICO	DOSES	FECHA (DD/MM/AAA)	FABRICANTE Y LOTE	VALIDEZ	FIRMA VACUNADOR
TOXOIDE TETANICO DIFTERICO TD					

HEPATITIS B	1	10-12-19	ReComvax UFX19002		lis Am
	2	23-01-20	UFX19002		lis
	3	21-07-20	UFX19002		lis

BIOLOGICO	FECHA (DD/MM/AAA)	FABRICANTE Y LOTE	VALIDEZ	FIRMA VACUNADOR
FIEBRE AMARILLA				
FIEBRE TOFOIDEA				
DPT ACELULAR				

ESTE CARNÉ ES VALIDO EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL
SERA EXIGIDO PARA ENTRAR EN ZONA

Recomvax B 20ug/1ml Adulto
Vacuna contra la Hepatitis B, recombinante (ADN)
1 dosis
Lote No: UFX19002
MANUF: 08 Jan. 19
EXP: 07 Jan. 22



Calle 23 No. 7 - 7F
Santa Marta D.T.C.H., Ma.
PBX 421 7900

Recomvax B 20ug/1ml Adulto
Vacuna contra la Hepatitis B, recombinante (ADN)
1 dosis
Lote No: UFX19001
MANUF: 03 Jan. 19
EXP: 02 Jan. 22

Recomvax B 20ug/1ml Adulto
Vacuna contra la Hepatitis B, recombinante (ADN)
1 dosis
Lote No: UFX19002
MANUF: 08 Jan. 19
EXP: 07 Jan. 22



Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-06-05 17:31
---------------------	-----------	----------------------	------------------

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JUAN	FERNANDO	VELEZ	BERRIO

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	12561910

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	GIRARDOT

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	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				
Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA
Dirección	["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]				
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA				

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$56.180.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$3.300.000,00
Gastos de representación	\$0,00
Arriendos	\$0,00
Honorarios	\$0,00
Otros ingresos y rentas	\$33.751.000,00
TOTAL	\$93.231.000,00

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	\$3.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
VIVIENDA	COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA	\$79.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí ☐ No ☒

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí ☐ No ☒

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí ☒ No ☐

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JULIA	EDIT	ROMERO	JIMENEZ

Tipo documento Número

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí ☐ No ☒

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí ☐ No ☒

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí ☐ No ☒

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí ☐ No ☒

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí ☐ No ☒

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

--



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO identificado(a) con CC 12561910 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/08/2008
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	UT BIENESTAR IPS CLINICA AVIDANTI SANTA MARTA I NIVEL
Categoría:	B

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 18 días del mes de marzo del año 2024.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,



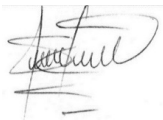
Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **12561910**, se encuentra afiliado/a desde **12/06/1997** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 de marzo de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad SANTA MARTA	Oficina SANTA MARTA	Fecha Vinculación
------------------------------	-------------------------------	------------------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO										Sexo <table border="1"> <tr> <td>M</td> <td>X</td> <td>F</td> </tr> </table>			M	X	F
M	X	F													
Tipo de Documento C.C. ☒ E ☐ T ☐ R ☐ P ☐			Número 12561910			Expedida en SANTA MARTA			Fecha de Expedición 01/03/01983						
Estado Civil (Seleccione) Soltero ☐ Casado ☒ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐			Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universidad ☐			No. Personas a cargo 4			Tipo de Vivienda Propia ☒ Arrendada ☐ Familia ☐			Zona Ubicación Rural ☐ Urbano ☒			
Fecha nacimiento 1998			Lugar de Nacimiento GIRARDOT			Dirección Domicilio CARRERA 24 No 20-36 VILLA JARDIN III			Municipio / Ciudad SANTA MARTA			Departamento MAGDALENA			
Correo Electrónico fernando080109@hotmail.com									No. Celular 3016350350			Teléfono 4224908			
Ocupación (Seleccione) Estudiante ☐ Independiente ☒ Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado ☐									Actividad Principal CIU 8 6 2 1						
Detalle Actividad Económica ATENCION MEDICA EN SALUD									Descripción del CIU ATENCION COMO MEDICO GENERAL HOSPITALARIA						

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 HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE		Tipo de Empresa o Negocio Publica ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual?				Cargo MEDICO GENERAL DE UCI NEONATAL			
Dirección de empresa o negocio CARRERA 14 No 23-42		Ciudad SANTA MARTA				Barrio ALCAZARES		No. Teléfono 4346262	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						SI ☐ NO ☒			

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales: 10.500.000				Total Egresos mensuales: 8.000.000					
Otros Ingresos Mensuales: 0				Otros Egresos Mensuales: 8.000.000					
Total Activos: 120.000.000				Total Pasivos: 10.000.000					
Mes y año de corte de la información financiera suministrada		Mes:		Año:		Es declarante?		SI ☒ NO ☐	
Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/o Ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público? NO									
Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP? NO									
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: MI TRABAJO COMO MEDICO GENERAL									

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:
 efectúan terceros con dinero proveniente de actividades lícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o edicione, ni efectúen 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 mercado, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de haberes data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignen 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 haberes Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me

	
5. FIRMA Y HUELLA	

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

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento