Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

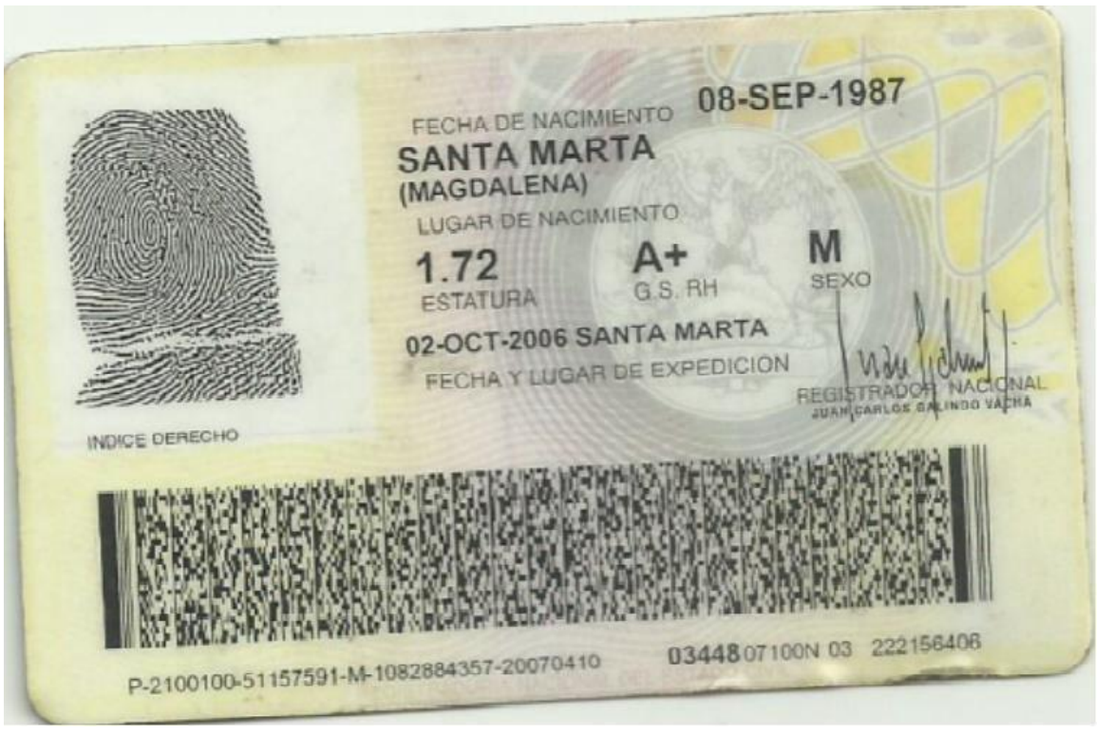
Has buscado el número de identificación: **1082884357**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1082884357	GUTIERREZ	CARDOZO	JOSSUA	RAFAEL	2022-06-15, 12:09 pm
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	1082884357	GUTIERREZ	CARDOZO	JOSSUA	RAFEL	2022-12-12, 1:38 pm
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
3	1082884357	GUTIERREZ	CARDOZO	JOSSUA	RAFAEL	2023-06-03, 8:04 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.082.884.357
NUMERO
GUTIERREZ CARDOZO
APELLIDOS
JOSSUA RAFAEL
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO
08-SEP-1987
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
02-OCT-2006 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
P-2100100-51157591-M-1082884357-20070410
03448 07100N 03 22156406

El(la) suscrito(a) JOSSUA RAFAEL GUTIERREZ CARDOZO identificado con C.C./C.E./P.P No. 1082884357 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 01 del mes de Noviembre de 2024.



Firma _____
Nombre JOSSUA RAFAEL GUTIERREZ CARDOZO
Cédula 1082884357

COPIA CONTROLADA

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

Datos del usuario guardados

Editar

Información del usuario



Género	Hombre
Cargo	MEDICO GENERAL
Título	
Nombre	JOSSUA RAFAEL
Apellidos	GUTIERREZ CARDOZO
Fecha de Nacimiento	8/09/1987 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	JOSSUA RAFAEL GUTIERREZ CARDOZO
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1082884357
Dirección	Carrera 21#31-04 barrio primero de mayo
Código postal	
Estrato	3
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	jossua7817@gmail.com
Teléfono	
Celular	3214816000
Nivel Educativo	Universitaria completa (con título)

Configuración

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

Datos del usuario guardados

Santa Marta, noviembre de 2024

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MNENDEZ BARRENEHCE

Cordial saludo,

Por medio de la presente me permito colocar a su disposición mis servicios asistenciales como médico general para laboral en el servicio que a su consideración sea conveniente de acuerdo a las necesidades de la entidad.

De antemano agradecida con la atención a la presente.

Atentamente,



Jossua Rafael Gutierrez Cardoso
CC 1082884357
Médico General

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL

DIRECCIÓN DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS



Republica De Colombia
Ministerio De Defensa
Fuerzas Militares
Ejercito Nacional

JOSSUA RAFAEL GUTIERREZ CARDOZO
C.C. 1082884357

Fecha de Exp.
31/01/2024

Distrito Militar
012

Tarjeta Militar
2da Clase

Fecha de la constancia
31/01/2024

Código de verificación
1706722522

Pertenece a la reserva de

Fecha de 1era línea	Fecha de 2da línea	Fecha de 3da línea
2017	**2027**	**2037**

Este documento es obligatorio presentarlo para todos los actos públicos y privados determinados por la ley 1861/2017 y demás leyes que lo modifiquen o adicionen

PATRIA, HONOR, LEALTAD

DIRECCIÓN DE RECLUTAMIENTO

Cra. 11 B No. 104ª-64 Bogotá D.C- Colombia
CallCenter: (601) 4261420
Horario de atención de Lunes a Viernes de 7:00 AM - 5:00 PM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 01 Inscripción

4. Número de formulario: 14833883652

(415)7707212489984(8020) 000001483388365 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1082884357	6	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 19	

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 13	1082884357	2006/10/02

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Magdalena 47	Santa Marta 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUTIERREZ	CARDOZO	JOSSUA	RAFAEL

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Magdalena 47	Santa Marta 001

41. Dirección principal: CR 21 31 04 BRR PRIMERO DE MAYO

42. Correo electrónico: Jossua7817@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3214816000	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8299	2022/06/17						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 49

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

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

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

59. Anexos: SI [X] NO [ ]

Para uso exclusivo de la DIAN

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 2022 - 06 - 17 / 10 : 39: 22

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: CANTILLO PASTRANA OMAIDA
985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 17-06-2022 10:39:45AM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Scanned with CamScanner

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
Gutierrez	Cardozo	Jossua Rafael

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1082884357

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 08 MES 09 AÑO 1987

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

- Carrera 21#31-04

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO EMAIL jossua7817@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	2003
										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	12	X		MEDICINA	12	2020	1082884357

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
MIXTA	ENTHA	EDUCACIÓN INFORMAL	CURSO DE SOPORTE VITAL CARDIOPULMONAR BASICO	05	2022
MIXTA	ENTHA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	CURSO DE SOPORTE VITAL CARDIOPULMONAR AVANZADO	05	2022
MIXTA	ENTHA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	CURSO DE ATNECION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO	05	2022
MIXTA	ENTHA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	CURSO DE ATENCION A VICTIMAS DE ATAQUS CON AGENTES QUIMICOS	05	2022
MIXTA	ENTHA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	CURSO DE GESTION DE DUELO	05	2022

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	*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*					
4365007	*Día*	01	*Mes*	07	*Año*	2022	*Día*		*Mes*		*Año*	

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO GENERAL	ATENCION MEDICA	- Cra. 14 #23-42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ALEJANDRO PROSPERO REVERAND	X		COLOMBIA

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4381234	*Día*	09	*Mes*	03	*Año*	2021	*Día*	08	*Mes*	03	*Año*	2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO GENERAL	SERVICIOS MEDICO ASISTENCIAL	- Av. El Libertador #24-147

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

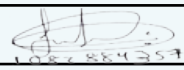
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	0

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, Noviembre 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
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 28 de Diciembre de 1981 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002, otorgada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 04-2547-2021

PROGRAMA :	MEDICINA
CODIGO SNIES:	3529
FECHA GRADO:	29 DE ENERO DE 2021
LUGAR:	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS SANTA MARTA

En atención a que JOSSUA RAFAEL GUTIERREZ CARDOZO
con Cédula de Ciudadanía No 1.082.884.357 de Santa Marta
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de: MÉDICO.

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico del Campus Santa Marta, mediante acta No 001 en sesión del día 12 de enero de 2021.

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

Rector(a):	MARITZA RONDON RANGEL
Director(a) de Campus:	ADRIANA SANTARELLI FRANCO
Decano(a) facultad:	SALIN RAMON TOUCHIE MEZA
Secretario(a) General:	GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de Santa Marta el día 29 DE ENERO DE 2021

Gloria Patricia Rave I
GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario(a) General

VIGILADA MINEDUCACIÓN

La República de Colombia y en su nombre

LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL "JACQUELINE KENNEDY"

DE SANTA MARTA – MAGDALENA

Aprobado por resolución 880 de 28 de Noviembre del 2002
de la Secretaría de Educación Distrital

CONFIERE A:

GUTIERREZ CARDOZO JOSSUA RAFAEL

Identificada con T. I. No. 870908 - 54389 de Santa Marta

El título de

BACHILLER TECNICO

Especialidad en Contabilidad Sistematizada

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al
Nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes

Institución Educativa Distrital
JACQUELINE KENNEDY
RECTORIA
Santa Marta

OLGA B. AVENDAÑO RESTREPO
C. C. 36. 520. 612 de Santa Marta.
Rectora

Institución Educativa Distrital
JACQUELINE KENNEDY
SECRETARIA GENERAL
Santa Marta

Zoila Rosa Padilla Polo
ZOILA R. PADILLA POLO
C. C. 57.301.900 de Pivijay
Secretaria

Libro ....1.... Folio ....24.... Acta ....04.... Año ..2003..

Dado en Santa Marta, a los 19 días del mes de Diciembre del año 2.003

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

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

En atención a que

JOSSUA RAFAEL GUTIERREZ CARDOZO

con cédula de ciudadanía No. 1.082.884.357 de Santa Marta
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

MÉDICO

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Santa Marta el día 29 de Enero de 2021

Director(a) Sede | **Rector(a)** | **Secretario(a) General**

Gloria Patricia Ruiz J

Libro de Registros No. 0050420211 Folio No. 002 Registro No. 0019 Refrendado en Santa Marta el día 28 de Enero de 2021

Registros y Diplomas: Juan Alvaro Cortes Londoño

053578

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C108288435700209479
Codigo de verificacion

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) **JOSSUA RAFAEL GUTIERREZ CARDOZO**, identificado(a) con C.C. No. 1082884357 y T.P. o R.M. No. 1082884357 del(a) Colegio Médico Colombiano, 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 sábado 02 noviembre 2024 a solicitud del(a) interesado(a).

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

La salud es de todos | Minsalud

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

JOSSUA RAFAEL GUTIERREZ CARDOZO

C.C. 1082884357



MÉDICO

Universidad Cooperativa de Colombia

Santa Marta

Grado: 29/01/2021

Rethus: 30/04/2022

Escaneado con CamScanner

Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192de 2010.Si esta tarjeta es encontrada, favor devolver al colegio medico colombiano Av. Carrera 15 # 100-43 Oficina 501 - Edificio Avanida 15 P.H.
Info@colegiomedicocolombiano.org

Firma Representante Colegio Medico Colombiano

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-05-11→9:20:18 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1082884357	JOSSUA	RAFAEL	GUTIERREZ	CARDOZO	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) JOSSUA RAFAEL GUTIERREZ CARDOZO identificado(a) con CC 1082884357 registra La siguiente información:

2023-05-11→9:20:18 PM

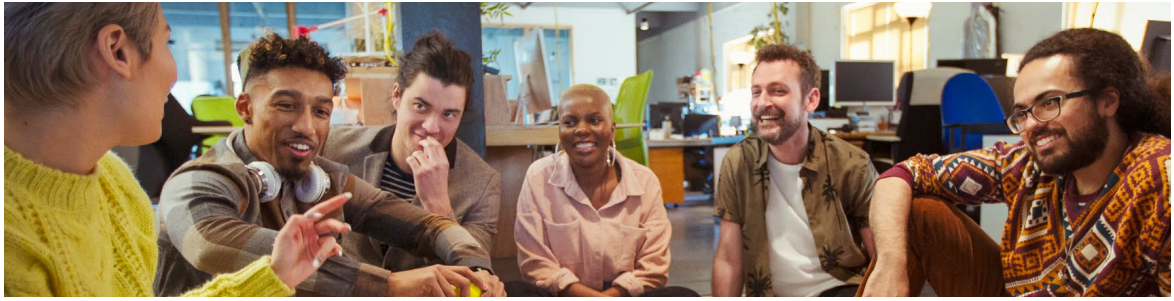
Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2022-04-30	99759	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA|MAGDALENA|SANTA MARTA	2021-03-09	2022-03-08	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

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).



INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad y fecha	Oficina radicación	Número de cotización	Número de póliza	Documento
IBAGUÉ, 2024-06-27	2508 - SUCURSAL IBAGUE	03017412240502191368	013000843228	EXPEDICIÓN RENOVACIÓN

Vigencia del seguro		Días de vigencia del seguro
Desde las 24:00 horas del 2024-06-28	Hasta las 24:00 horas del 2025-06-28	365

Moneda
COP

ASESOR

Nombre	Código
RAMIREZ*TRUJILLO**NATALIA	57100

TOMADOR

Nombre	Tipo de identificación	Número de identificación	Tomador principal	Calidad Tomador	Dirección de correspondencia
JOSSUA RAFAEL GUTIERREZ CARDOZO	CEDULA DE CIUDADANIA	1082884357	✓	En nombre propio	cra 21 # 31 - 04 primero de mayo

Actividad económica del tomador principal
ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA MÉDICA, SIN INTERNACIÓN



RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

ASEGURADO

Nombre	Tipo de identificación	Número de identificación
JOSSUA RAFAEL GUTIERREZ CARDOZO	CEDULA DE CIUDADANIA	1082884357

BENEFICIARIO

TERCEROS AFECTADOS

Especialidad: Médico General | Valor asegurado: $400.000.000

Fecha de retroactividad: 28/06/2022

COBERTURA	SUBLÍMITE EVENTO	SUBLÍMITE VIGENCIA	DEDUCIBLE
Gastos de Defensa	100%	100%	0% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Responsabilidad del empleador	50%	50%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Gastos de defensa por tribunal de ética médica	10%	10%	0% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Gastos de Defensa (Penales)	10%	10%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Período adicional para notificaciones	100%	100%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Asistencia juridica telefonica			
Responsabilidad civil por fallas en el tratamiento de datos sensibles o personales	50%	50%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Responsabilidad civil por el uso de equipos especiales	50%	50%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Errores y Omisiones en Dictamenes periciales	50%	50%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Responsabilidad Civil profesional	100%	100%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONDICIONES PARTÍCULARES

Cláusulas

Cláusula gastos de defensa en procesos penales

Se cubren los gastos de defensa en procesos penales que sean concomitantes con y surjan a raíz de la reclamación civil de indemnización de perjuicios derivadas de daños materiales o lesiones personales. No se amparan los gastos de defensa en procesos penales sin el previo consentimiento escrito de Sura o aquellos procesos penales independientes.

Anexo asesoría jurídica telefónica

SURA por solicitud del asegurado brindará vía telefónica, la asesoría legal en cualquier rama del derecho (Civil, Comercial, Consumidor, Administrativo, Policivo, Penal, Notarial, Familiar, Laboral), las veinticuatro horas del día los trescientos sesenta y cinco días del año. El tiempo máximo en línea será de 60 minutos por evento. Se podrá brindar la asistencia en cualquier ciudad siempre y cuando se tenga recepción de las llamadas telefónicas. A comunicación se describe la pertinencia en cada rama:

a.Derecho civil: El asegurado recibirá asesoría jurídica en adquisición de bienes muebles, inmuebles, y sujetos a registro, garantías hipotecarias y prendarias, contratos para remodelación de vivienda, régimen de propiedad horizontal (conjuntos/edificios), responsabilidad civil contractual y extracontractual en eventos de tránsito, celebración, ejecución y finalización de contratos. b.Derecho comercial: El asegurado recibirá asesoría en actos de comercio, obligaciones y contratos mercantiles, venta y adquisición de establecimientos de comercio, títulos valores. c.Derecho del consumidor: El asegurado recibirá orientación frente a la aplicación del estatuto de protección al consumidor, cumplimiento de garantías de bienes y servicios, publicidad engañosa. d.Derecho administrativo: El asegurado recibirá asesoría en derechos de petición, quejas y trámites ante entidades públicas, acción de tutela y derechos fundamentales, servicios públicos domiciliarios. e.Derecho policivo: El asegurado recibirá asesoría en reclamaciones ante autoridades de policía, impugnación de comparendos, obtención de permisos para funcionamiento de negocios. f.Derecho notarial: El asegurado recibirá orientación frente a trámites de documentos ante las notarías tales como sucesiones, matrimonio, registros del estado civil y su corrección, declaraciones extrajudiciales, cancelación de gravámenes a la propiedad, tradición de bienes sujetos a registro. g.Derecho familiar: El asegurado recibirá orientación en régimen legal del matrimonio, régimen económico, afectaciones al patrimonio de familia, patria potestad, custodia, sucesiones con o sin testamento. h.Derecho laboral: El asegurado podrá recibir orientación en la contratación de empleados domésticos, liquidaciones, modalidades de vinculación laboral, invalidez, incapacidades, pensiones. i.Derecho penal: El asegurado podrá recibir orientación siempre que lo solicite en aspectos relativos a representación en procesos penales, estafa, lavados de activos, extinción de dominio, elaboración denuncias, abuso de confianza, violación de la libertad de trabajo o captación masiva o habitual.

Los temas que no se encuentren mencionados anteriormente, estarán sujetos a validación por parte de SURA.

PROCESO DE PRESTACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

1.SURA recibirá solicitudes directamente desde el #888 opción 1.2 siendo éste el único autorizado para la activación de asistencias. 2.Los usuarios podrán acceder al servicio las 24 horas del día los 7 días de la semana, 365 días del año. La línea de Asistencia de Sura recibirá la llamada solicitando los siguientes datos al usuario: a.Nombre y Apellidos. b.Número de identificación del cliente y plan (número de póliza). c.Ciudad. d.Teléfonos de contacto. e.Contexto de la necesidad.

RESPONSABILIDAD

SURA será responsable de la prestación de los servicios convenidos, pero deja expresa constancia que este amparo es de medio y no de resultados, por lo cual el asegurado acepta que SURA no será responsable de los resultados de las acciones emprendidas por él o por las personas que él autorice, con ocasión de la asesoría recibida.

TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS ESTABLECIDOS EN ESTE ANEXO

El presente anexo tendrá una duración de un año a partir de la fecha de su suscripción y podrá ser renovado por el mismo término (renovación de la póliza), una vez culminado el plazo inicial, por acuerdo de las partes, previos los ajustes que pudieran ser requeridos en sus términos y condiciones.

Ampliación del término de revocación de la póliza

Ampliación del término de revocación de la póliza a treinta (30) días calendario.

Periodo adicional para notificaciones

Si SURA o el profesional de la salud deciden terminar, revocar o no renovar este seguro por razones diferentes al no pago de la prima, el profesional podrá contratar, en acuerdo con la aseguradora, un Período Adicional de Notificación siempre y cuando no contrate un nuevo seguro que cubra el mismo riesgo que este. El Período Adicional de Notificación se refiere exclusivamente a Actos Incorrectos ocurridos mientras este seguro haya estado vigente.

Para obtener este periodo adicional de notificaciones, el profesional deberá comunicar por escrito a SURA su intención de contratarlo máximo hasta 10 días calendario antes de la fecha en la que se revocaría o no renovaría el seguro y deberá pagar la prima adicional establecida por la aseguradora, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la mencionada fecha.

Las Reclamaciones que se presenten durante el Período Adicional de Notificación afectarán el valor asegurado que tenía disponible el cliente al momento de la revocación o no renovación del seguro.

El costo de este período adicional de notificaciones será:

- 68% de la prima pagada en la última vigencia, para un período adicional de notificaciones de 12 meses.
- 108% de la prima pagada en la última vigencia, para un período adicional de notificaciones de 24 meses.

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Clausula de compensación

Si debes dinero a SURA y, a su vez, SURA tiene saldos a tu favor, pendientes de pago, la Compañía compensará dichos valores, de acuerdo con las reglas del Código Civil.

Condición de la póliza

Es parte integrante de la póliza el respectivo formulario debidamente diligenciado por parte del profesional de la salud.

Pago de las primas

El plazo para el pago de la prima será de 30 días entre la fecha de inicio de vigencia y la fecha de expedición la más reciente.

Ubicación de predios

CR 43 B 82-114

Modalidad de cobertura

Claims made o reclamación

Ampliación del plazo para el aviso del siniestro a diez (10) días hábiles

Ampliación del plazo para el aviso del siniestro a diez (10) días hábiles.

Único valor asegurado

Los valores especificados como límites y/o sublímites, se entenderán incluidos dentro del valor asegurado pactado.

No se acepta restablecimiento del límite asegurado en forma automática

No se acepta restablecimiento del límite asegurado en forma automática.

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Exclusiones

Exclusión de servicios médicos prestados en el exterior

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de servicios médicos prestados en el exterior

Exclusión operación de bancos de sangre

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de operación de bancos de sangre

Exclusión de gastos médicos

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de gastos médicos en los que incluya el propio asegurado

Exclusión responsabilidad civil de directores y administradores

Se excluye la Responsabilidad Civil de Administradores y Directores (D&O).

Exclusión ensayos clínicos, experimentos y manipulación genética.

Se excluyen las reclamaciones por ensayos clínicos, experimentos y manipulación genética.

Exclusión productos inseguros - defectuosos

Se excluyen las reclamaciones por productos inseguros ¿ defectuosos- fabricados, comercializados o entregados por usted

Exclusión de sangre infectada

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de sangre infectada

VALOR A PAGAR RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

Tasa	Valor asegurado	Valor a pagar	Valor IVA	Valor total a pagar
1,1946%o	$400.000.000	$477.860	$90.793	$568.653
			Valor total a pagar más IVA	**$568.653**

VALOR A PAGAR DEL SEGURO

Solución	Valor a pagar	Valor IVA	Valor total a pagar
RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD	$477.860	$90.793	$568.653
VALOR TOTAL	**$477.860**	**$90.793**	**$568.653**



ASESORES

Código	Nombre del asesor principal	Lider
57100	RAMIREZ*TRUJILLO**NATALIA	✓

CONDICIONES GENERALES

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LAS CONDICIONES GENERALES APLICABLES

Solución	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de entidad	Tipo de documento	Ramo al cual pertenece	Identificación de la proforma
RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD	2009-06-01	13-18	P	013	F-01-13-064

DEFINICIONES

SMMLV
Salario mínimo mensual legal vigente.

SMDLV
Salario mínimo diario legal vigente.

SUBLÍMITE
Todos los valores establecidos como sublimites en cualquiera de las coberturas de esta póliza se entienden incluidosdentro de la suma asegurada o límite máximo de responsabilidad asegurado, y por lo tanto no adicionan valor asegurado.

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.407-9.Somos Grandes Contribuyentes. Por favor no efectuar retención sobre IVA. Las primas deseguros no están sujetas a retención en la fuente (Decreto reglamentario 2509/85 Art 17). Autorretenedores Resolución 009965 de 2010. "Responsablede impuesto sobre las ventas régimen común agentes de retención"

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN, LA DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES CR 63 49 A 31 P 1 ED CAMACOL MEDELLIN SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.407-9 RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS RÉGIMEN COMÚN.

Firma autorizada

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

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

Jossua Rafael Gutiérrez Cardozo

CC 1082884357 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI Clínico
con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-12-20
Fecha de vencimiento: 2025-12-20

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

Jossua Rafael Gutiérrez Cardozo

CC 1082884357 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso Estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia) con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-12-18
Fecha de vencimiento: 2025-12-18

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

Jossua Rafael Gutiérrez Cardozo

CC 1082884357 de Santa Marta

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

Fecha de emisión: 2024-07-01
Fecha de vencimiento: 2026-07-01

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

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

Jossua Rafael Gutiérrez Cardozo

CC 1082884357 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso de Manejo de Dolor y Cuidado Paliativo con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2024-07-05
Fecha de vencimiento: 2026-07-05

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

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

Verificación

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

Certifica

Jossua Rafael Gutiérrez Cardozo

CC 1082884357 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2024-07-07
Fecha de vencimiento: 2026-07-07

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

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

Jossua Rafael Gutiérrez Cardozo

CC 1082884357 de Santa Marta

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

Fecha de emisión: 2024-07-09
Fecha de vencimiento: 2026-07-09

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

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

Jossua Rafael Gutiérrez Cardozo

CC 1082884357 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: 2024-07-03
Fecha de vencimiento: 2026-07-03

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

LABORATORIO CLÍNICO MARTINEZ

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso **Fecha de consulta:** 21/06/2022

Información paciente



Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Empresa en misión:
Nombre completo: JOSSUA RAFAEL GUTIERREZ CARDOZO
Identificación: CC: 1082884357
Responsable: El mismo paciente
Acompañante: Ninguno
Cargo: MEDICO
Fecha nacimiento: 08/09/1987
Edad: 34
Genero: Masculino
Estado civil: Unión Libre
Escolaridad: Pregrado (Universitaria)
Teléfono:
Dirección: Magdalena, Santa marta,
N° hijos: 0
ARL:
EPS: Coosalud EPS
AFP: Colfondos S.A.

Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

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 especificas

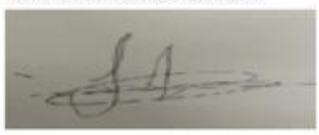
HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, DIETA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

NOTAS: DEBE CUMPLIR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD EMPRESARIAL PARA EL MANEJO DEL COVID 19

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



Aspirante o trabajador
JOSSUA RAFAEL GUTIERREZ CARDOZO
Identificación: CC: 1082884357



LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

Salud y bienestar
a tu alcance

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO CON FUNCIONES DE JEFE DE TALENTO HUMANO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "E.S.E. ALEJANDRO PROSPERO REVEREND"

CERTIFICA:

Que el medico **GUTIERREZ CARDOZO JOSSUA RAFAEL**, identificado con cedula de ciudadanía número **1.082.884.357**, expedida en Santa Marta, laboró en el cargo de **PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO MEDICINA**, Código **217**, Grado **06**, en la Empresa Social del Estado **"E.S.E. Alejandro Prospero Reverend" Nit 819.004.070-5**, en el periodo comprendido entre el día **nueve (09) de marzo de 2021 hasta el día ocho (08) de marzo de 2022**, fecha en la cual fue dado por terminado su año rural, desempeño sus funciones de manera satisfactoria, atendiendo pacientes pediátricos y adultos en nuestras Unidades de Atención Básicas (UAB).

La presente certificación se expide siendo el día **jueves, 05 de mayo de 2022** a solicitud de la parte interesada.

OLGA LUCIA LOPEZ CIFUENTES
Jefe Talento Humano E.S.E.

Teléfonos: 4237009 ext. 1021

Escaneado con 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 1082884357 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

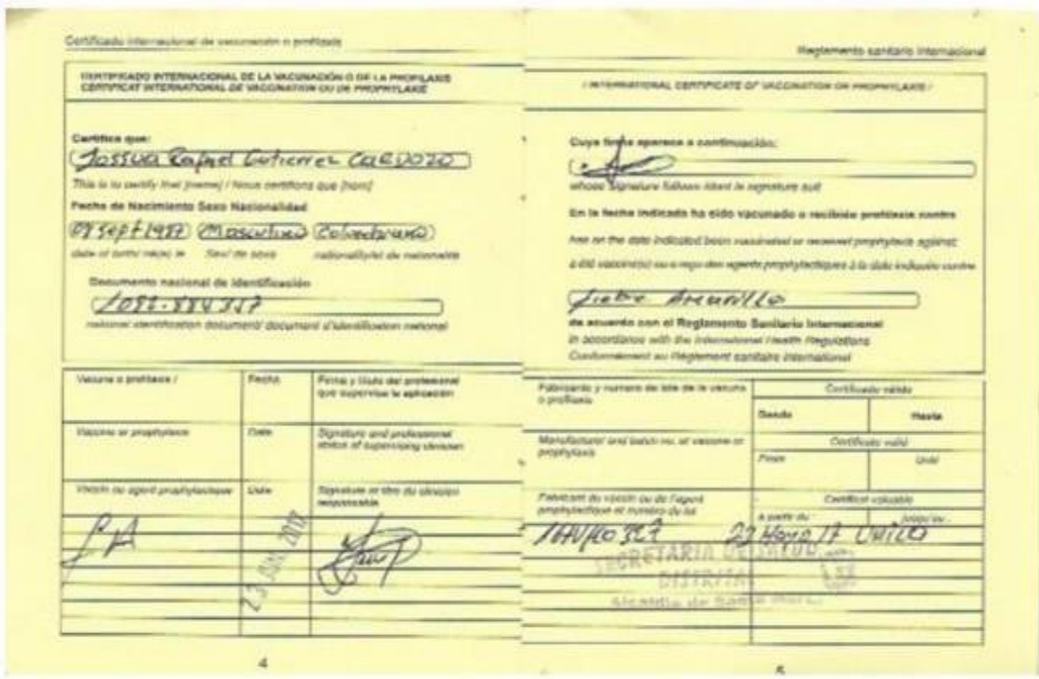
Se expide en Bogotá el 02/11/2024 10:10 PM

Código Verificación: **CLR3YJH2QK**

Válida hasta: **01/02/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC



Certificado internacional de vacunación o profilaxis

Reglamento sanitario internacional

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE LA VACUNACIÓN O DE LA PROFILAXIS
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE

(INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS)

Certifica que:
Jossua Rafael Gutierrez Cardozo

This is to certify that [name] / Nous certifions que [nom]

Fecha de Nacimiento: 07 Sep 1988 | Sexo: Masculino | Nacionalidad: Colombiana

Documento nacional de identificación: 1082884357

Cuya firma aparece a continuación:

whose signature follows / dont la signature suit

En la fecha indicada ha sido vacunado o recibió profilaxis contra

has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against

a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre

Dieter Arevalo

de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional
in accordance with the International Health Regulations
Conformément au Règlement sanitaire international

Vacuna o profilaxis /	Fecha	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación
Vaccine or prophylaxis	Date	Signature and professional status of supervising clinician
Vaccin ou agent prophylactique	Date	Signature et titre du clinicien responsable
FA	23 JUL 2019	

Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis	Certificado válido: Desde / Hasta
Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis	Certificate valid: From / Until
Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro de lot	Certificat valable: à partir du / jusqu'au
TRIVIRUS 3CZ	22 Mayo 11 UNICO

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

4 5

SERVICIOS MEDICOS

OLIMPUS IPS Ltda.

Nit. 800.033.723-0

Sede Principal Barranquilla
Calle 70 No. 48 - 58
Calicanto 368 8564 - 368 8565
Telefonia Directa
360 8340 - 368 1481 Celular: 317 427 4229
Barranquilla - Colombia

Sede Centro
Calle 42 No. 41 - 118
Teléfono 341 8565
Celular: 315 723 3003
Barranquilla - Colombia

Sede Sur
Carrera 16 No. 47B - 23
Teléfono 365 *155
Celular: 301 247 0969
Barranquilla - Colombia

Sede Soledad
Calle 21 N° 19-73
Teléfono: 3751462- 3754878
Celular: 3174274225
Email: contrasurolimpus.ips@olimpusips.com
preconvenioolimpus.ips@olimpusips.com

Nombre	GUTIERREZ CARDOZO JOSSUA RAFAEL		Fecha de recepcion:	19-jul.-2019 4:30 pm	**7192994**
Identificacion	CC 1082884357	Sexo M	Fecha de impresion:		
Edad	31 Años 10 Meses 11 Dias	Tel. 3214816000	Empresa	PARTICULAR STA	Preliminar
Medico	MEDICOS VARIOS		Sede	SANTA MARTA	
Servicio	CONSULTA EXTERNA				

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] **SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO** **Metodo: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA**	1200.00	UI/L	

REACTIVO: MAYOR DE 10.00 UI/L
NO REACTIVO: MENOR DE 10.00 UI/L

Karen Cantillo
DRA. KAREN CANTILLO.

ANTIC ANTIVARICELA IGG **Metodo: INMUNOENSAYO ENZIMATICO (EIA)**	14.77		

VALORES DE REFERENCIA:
NEGATIVO : < 9.0
DUDOSO: 9 -11
POSITIVO: > 11.0

Armando González Brunal
Reg. 539
Universidad Metropolitana

CARNET DE VACUNACIÓN

NOMBRE:						IDENTIFICACIÓN	
VACUNAS	BIOLÓGICO	DOSIS	FECHA APLICACIÓN			LOTE	FIRMA Y SELLO
			DD	MM	AA		
TITANO Td Dpta		Tercera	3	5	19	[illegible]	[illegible]
		2da					
		3era					
		Ref. 1					
		Ref. 2					
HEPATITIS B		Tercera	3	5	19	[illegible]	[illegible]
		2da					
		3era					
		Ref. 1					
HEPATITIS A		1era					
		2da					
VARICELA		Tercera					
		2da					
MENINGITIS B,C		Tercera					
		2da					
MENINGITIS A,C Y W135		1era					
NEUMOCOCO		Tercera					
		2da					
TRIPLE VIRAL		1era					
FIEBRE TIFOIDEA		Tercera					
VPH		1era					
		2da					
		3era					
INFLUENZA		1era					
		Ref					
REFUERZOS		Ref					
		Ref					
OTRAS							

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 — GOBIERNO DE COLOMBIA

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Jossua Rafael
Apellidos: Gutierrez Cardozo
Documento de identidad: C.C. [X] T.I. Pasaporte No. 1082884357
Fecha de Nacimiento: Día 08 Mes 09 Año 1977

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1			
	2			
	3	16-07-19	TD2150150	
	4			
	5			
Hepatitis B	1			
	2			
	3	16-07-19	CX190005	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	12-07-19	T3A931V	
Otras: Varicela	2	16-07-19	X[illegible]	
	1	22-7-19		

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 — GOBIERNO DE COLOMBIA

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: JOSSUA RAFAEL
Apellidos: GUTIERREZ CARDOZO
Documento de identidad: C.C. [X] T.I. Pasaporte No. 1082884357
Fecha de Nacimiento: Día 08 Mes 09 Año 198

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	1-8-18	009H60070	
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1	1-8-18	D2299	
	2			
	3			
	4			
	5			
Hepatitis B	1			
	2			
	3	1-8-18	1434033054	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH				
Anti rábica				
Influenza	Anual			
Otras: HA	1	1-8-18	N029562	
VARICELA	1	1-8-18	M043378	
TDP	1	2-8-18	[illegible]	

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-06-05 07:23

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JOSSUA	RAFAEL	GUTIERREZ	CARDOZO

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1082884357

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	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	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	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	$5.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$5.000.000,00

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	$6.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
ICETEX	$66.624.653,00

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:

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC-1082884357
Nombres:	JOSSUA RAFAEL
Apellidos:	GUTIERREZ CARDOZO
No. de Carnet:	9809D5276EEE8145E053020213AC9A64
Tipo de afiliado:	COTIZANTE
Fecha de afiliación:	
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
IPS:	
Departamento - Municipio:	MAGDALENA-SANTA MARTA
Categoria:	B

OBSERVACIONES:

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

La anterior certifcación se expide y firma el Sunday, November 3, 2024, a solicitud del interesado y es válida hasta el Tuesday, December 3, 2024

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JOSSUA RAFAEL GUTIERREZ CARDOZO identificado(a) con C.C No. 1.082.884.357, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 02 de noviembre del 2024.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRES Y APELLIDOS : JOSSUA RAFAEL GUTIRERREZ CARDOZO												Sexo			
												M	X	F	
Tipo de Documento								Número		Expedida en		Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		1082884357	SANTA MARTA	02/10/2008			
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	0					X

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
9 8 1991	SANTA MARTA	CARRERA 21#31 04 PRIMERO DE MAYO	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
JOSSUA7817@GMAIL.COM	3214816000	

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento					Número
	C.C.			P.P		

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
	Publica		Privada		Mixta		Otra, cual?	

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	2.000.000	Total Egresos mensuales	1.000.000
Otros Ingresos Mensuales	0.00	Otros Egresos Mensuales	
Total Activos	10.000.000	Total Pasivos	67.614.027

Mes y año de corte de la información financiera suministra	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO	

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

NO MANEJO RECURSOS PUBLICOS

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:

MI ACTIVIDAD LABORAL

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:
MI ACTIVIDAD COMO MEDICO 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 o a quien representa 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 Barrenecha 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 Barrenecha no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez

5. FIRMA Y HUELLA

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

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento