REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.083.007.929**

CASAS NARVAEZ

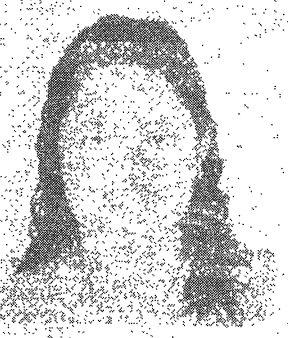
APELLIDOS

VIVIAN DE JESUS

NOMBRES

Vivian Casas N.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-AGO-1995**

PLATO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

14-ENE-2014 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2100100-00551815-F-1083007929-20140304 0037547383A 2 42189797

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1083007929**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1083007929	CASAS	NARVAEZ	VIVIAN	DE JESUS	2023-07-07, 2:33 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) Vivian casas narvaez identificado con C.C./C.E./P.P No. 1083007929 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, mes DICIEMBRE 2024

Firma Vivian Casas Narvaez
Nombre: vivian casas narvaez
Cédula: 1083007929

COPIA CONTROLADA

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

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	
Título	
Nombre	VIVIAN DE JESUS
Apellidos	CASAS NARVAEZ
Fecha de Nacimiento	12/08/1995 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	VIVIAN DE JESUS CASAS NARVAEZ
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1083007929
Dirección	CALLE 26 #32C-130 NUEVA GALICIA
Código postal	
Estrato	1
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	VIVIANCASASNARVAEZ@GMAIL.COM
Teléfono	000000
Celular	3002238321
Nivel Educativo	Universitaria completa (con título)

Configuración

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

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es tu apodo?
Respuesta	VIVI
SMS para recuperar la contraseña	3002238321

Editar

Santa Marta, Diciembre

de 2024 Señor (a),

Gerente
E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

REFERENCIA: PRESENTACION DE OFERTA LABORAL PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL AREA DE FCATURACION PARA LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

El presente documento objetivo brindar de una manera clara y sencilla el alcance de los servicios que pongo a su amable consideración como prestación de servicios de apoyo en el área de facturación del Hospital Julio Méndez Barreneche.

OBJETO DEL CONTRATO

Prestación de los servicios profesionales de apoyo en el área de facturación en la Ese Hospital Julio Méndez Barreneche, realizando escaneos, y organización de documentos para radicación de facturas según requerimiento de cada eps.

ALCANCE DE LOS SERVICIOS OFERTADOS

1) Ejecutar de forma idónea, transparente y eficaz el objeto de la presente propuesta.
2) Apoyar el área de facturación en cuanto a organización de documentos para la radicación de las facturas de las diferentes eps.
3) Cumplir adecuadamente cada una de mis funciones asignadas.

PLAZO

El plazo de ejecución de la presente propuesta es el establecido en los estudios previos.

VALOR

El valor de la presente propuesta es el establecido en los estudios previos

Atentamente,



VIVIAN CASAS NARVAEZ
C.C. 1.083.007.929. De Santa Marta (Magdalena)
Celular 3002238321.
E-MAIL: viviancasasnarvaez@gmail.com

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14921806118

(415)7707212489984(8020) 000001492180611 8

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 3 0 0 7 9 2 9	2 0 1 4 0 1 1 4

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASA	NARVAEZ	VIVIAN	DE JESUS

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 26 32 C 130 BRR NUEVA GALICIA

42. Correo electrónico: viviancasasnarvaez@gmail.com

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

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
6 9 2 0	2 0 2 0 0 3 0 2						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2023-06-22 17:20:21

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: CASA NARVAEZ VIVIAN DE JESUS
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 22-06-2023 05:20:29PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Casas	Narváez	Vivian de Jesús

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1083007929	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 12 MES 08 AÑO 1995	CALLE 26 32C 130			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	PLATO	TELÉFONO	3002238321	EMAIL	viviancasasnarvaez@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	2011
										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	2	X		CONTABILIDAD Y FINANZAS	07	2013	
PREGRADO	10	X		CONTADURIA PUBLICA	06	2018	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6054365007	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	25	*Mes*	10	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO I	*DEPENDENCIA* "FACTURACION"					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 CARRERA 14 #23-42						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6054365007	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	28	*Mes*	08	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO I	*DEPENDENCIA* "FACTURACION"					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 CARRERA 14 #23-42						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4365007	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 carrera 14 #23-42 comuna 4						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	03	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 carrera 14 #23-42 comuna 4						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	02	*Año*	2024	*Día*	29	*Mes*	02	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 carrera 14 # 23-42 comuna 4					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y FACTURACION						*DIRECCIÓN* CALLE 14 23 42 carrera14# 23-42 comuna 4					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	10	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 carrera 14 # 23-42 comuna 4					

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	07	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADMINISTRATIVO EN FACTURACION	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 24 32					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO INTEGRAL NEURODESARROLLO Y REHABILITACION CENTYR			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3126720065	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	01	*Mes*	01	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR CONTABLE	*DEPENDENCIA* AUXILIAR CONTABLES						*DIRECCIÓN* CALLE 3 22 88 calle 3 #22-88					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 54852033	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2014	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO	*DEPENDENCIA* "FACTURACION"						*DIRECCIÓN* CARRERA 14A 10C 24 CARRERA 14 A 10C 24					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA DE LA MUJER - SANTA MARTA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 54204089	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	08	*Año*	2013	*Día*	14	*Mes*	01	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FACATURACION	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE FACTURAION						*DIRECCIÓN* CALLE 22 26 16					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*				*CORREO ELECTRÓNICO*							
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*		*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*						*DIRECCIÓN*					

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	6

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO _X_ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento ***SANTA MARTA, DICIEMBRE 2024***

Vivian Casas Narvaez

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

Corporación Unificada Nacional
de Educación Superior

ESCUELA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 114888

En **El Banco, Magdalena** a los once (**11**) días del mes de **mayo** del año dos mil diecinueve **(2019),** se llevó a cabo el acto de graduación en la cual la Corporación Unificada Nacional de Educación Superior – C.U.N., con previa autorización del Ministerio de Educación Nacional conforme Registro No. **53143** y previo el juramento de rigor, confirió el título de:

CONTADOR PÚBLICO

A **VIVIAN DE JESUS CASAS NARVAEZ**, identificada con **cédula de ciudadanía No. 1,083,007,929,** quien acredita haber cumplido con los requisitos legales, académicos y reglamentarios predicables, en virtud de lo anterior se le otorga la presente acta individual de grado y se hace anotación de la misma bajo el No. **114888** del libro de Registros de título No.**13** a Folio **107.**

En constancia de lo anterior, se firma la presente acta de grado, a los once (**11**) días del mes de **mayo** del año dos mil diecinueve **(2019),** en **El Banco, Magdalena.**

SECRETARIA GENERAL

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

y en su nombre

LA CORPORACIÓN UNIFICADA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Con Personería Jurídica 1379 del 3 de febrero de 1983

y debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,

Confiere a:

Vivian De Jesus Casas Narvaez

C.C. 1,083,007,929

Por cumplir satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la Institución, de conformidad con las normas legales y reglamentarias vigentes, le otorga

el título de:

Contador Público

Registro M.E.N.
53143

Dado en El Banco, Magdalena *, el día* 11 *del mes* mayo *de* 2019

Rector

Decano

Secretaria General

Acta de grado Nº 114888 *Fecha* 11/05/2019 *Registro de diploma Nº* 114888 *, Libro* 13 *,Folio* 107

Powered by CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

VIVIAN DE JESUS CASAS NARVAEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 1.083.007.929

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Título de

TECNÓLOGO EN

CONTABILIDAD Y FINANZAS

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Plato. a los trece (13) días del mes de mayo de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
CAMPO ELIAS GUTIERREZ POLANIA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

CAMPO ELIAS GUTIERREZ POLANIA
Subdirector CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

7886063 - 13/05/2014
No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 952900301094CC1083007929C.

REGIONAL MAGDALENA
CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 7886063 - 13/05/2014

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: VIVIAN DE JESUS CASAS NARVAEZ, Con Cedula de Ciudadania No. 1.083.007.929

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TECNÓLOGO EN CONTABILIDAD Y FINANZAS

En constancia de lo anterior se firma la presente en Plato, a los trece (13) días del mes de mayo de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
CAMPO ELIAS GUTIERREZ POLANIA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

CAMPO ELIAS GUTIERREZ POLANIA
Subdirector CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 952900301094CC1083007929A.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

INSTITUTO DE FORMACIÓN TÉCNICA NACIONAL "INFOTEN"

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional según Resolución
No. 095 de Marzo 28 de 2007, emanada de la Secretaria de Educación Departamental del Magdalena

Certifica a:

VIVIAN DE JESÚS CASAS NARVAEZ

Identificada con R.C. No 27036216 expedida en Plato (Magd) , ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos exigidos por la institución en un programa técnico de 1060 horas teórico - practicas, certifica su asistencia en:

TÉCNICO EN SISTEMAS

De acuerdo con lo dispuesto en el decreto 4904 de 2009, que regula la Educación Para el Trabajo y El Desarrollo Humano

Director

Secretaria

Registrado en el Libro 1 folio 157

Dado en Plato (Magdalena), a los 29 dias del mes de Diciembre de 2010

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

INSTITUTO DE FORMACIÓN TÉCNICA NACIONAL
" INFOTEN "

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional según resolución
No. 095 de Marzo 28 de 2007, emanada de la Secretaria de Educación Departamental del Magdalena

Teniendo en cuenta que:

VIVIAN DE JESÚS CASAS NARVAEZ

Identificada con R.C. No 27037216 expedida en Plato (Mag) , ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos exigidos por la institución en un curso de 160 horas teórico - practicas, consta su asistencia en:

OPERADOR DE COMPUTADORES

De acuerdo con lo dispuesto en el decreto 2888 de 2007, que regula la Educación Para el Trabajo y El Desarrollo Humano

Director

Secretaria

Registrado en el Libro 1 folio 089

Dado en Plato (Magdalena), a los 18 días del mes de julio de 2009

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

VIVIAN CASAS NARVAEZ

Con Tarjeta de Identidad No. 95.081.227.374

Cursó y aprobó la acción de Formación

INFORMATICA: MICROSOFT WORD, EXCEL E INTERNET

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Plato, a los veinte (20) días del mes de agosto de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por
AMPARO BEATRIZ PEÑARANDA MASSON
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

AMPARO BEATRIZ PEÑARANDA MASSON
SUBDIRECTORA
CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

13790836 - 20/08/2013
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 952900534432TI95081227374C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

VIVIAN CASAS NARVAEZ

Con Tarjeta de Identidad No. 95.081.227.374

Cursó y aprobó la acción de Formación

FACILITAR EL SERVICIO AL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO DE ACUERDO CON LAS POLITICAS DE LA ORGANIZACION

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Plato, a los ocho (8) días del mes de noviembre de dos mil doce (2012)

Firmado Digitalmente por
AMPARO BEATRIZ PEÑARANDA MASSON
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

AMPARO BEATRIZ PEÑARANDA MASSON
SUBDIRECTOR
CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

10556234 - 08/11/2012
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 952900428454TI95081227374C.

La República De Colombia

Y En Su Nombre

La Institución Educativa Departamental

Víctor Camargo Álvarez

Del Municipio de Plato Magdalena

Autorizada por la Secretaria de Desarrollo de la Educación del Departamento del Magdalena, según Resolución No. 269 del 21 de Junio de 2007. Con registro Dane 147555000171 y Nit. 819002019-1.

Confiere a:

Casas Narváez Vivian de Jesús

T. I. No. 95081227374 de Plato, Magdalena

El Título de

Bachiller Técnico en Sistemas

Por haber alcanzado los logros de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, de acuerdo a la Legislación Educativa Vigente y al Proyecto Educativo Institucional, P.E.I.

INST. EDUCATIVA VICTOR CAMARGO ALVAREZ RECTOR PLATO MAGD.

Lic. José del Tránsito González Arrieta
C. C. No. 12.590.310 de Plato
Rector

Rigoberto Córdoba Caballero
C. C. No. 85.486.486 de Plato
Secretario

Dado en Plato, Departamento del Magdalena a los diez (10) días del mes de diciembre de 2011

Institución Educativa Departamental

"Víctor Camargo Álvarez"

Plato – Magdalena

Autorizada por la Secretaría de Desarrollo de la Educación del Departamento del Magdalena, según Resolución No. 269 de 21 de junio de 2007

DANE 147555000171

NIT 819002019

En el municipio de Plato – Magdalena. A los 10 días del mes de diciembre del año 2011, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado, los suscritos: Rector y Secretario en la Rectoría de la **INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL "VICTOR CAMARGO ÁLVAREZ"**, Institución aprobada según Resolución No. 269 del 21 de Junio de 2007 en el Nivel de Educación Media Técnica y autorizada por la Secretaría de Desarrollo de la Educación del Departamento.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de las y los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica y, llenados los requisitos del respectivo Proyecto Educativo Institucional (PEI), se procedió a otorgar el **TITULO DE BACHILLER TÉCNICO SISTEMAS**, al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

CASAS NARVÁEZ VIVIAN DE JESÚS

T. I. No. 95081227374 de Plato, Magdalena

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 004 de fecha 10 de diciembre de 2011 que consta de 42 estudiantes que comienza con el nombre de **ACEVEDO VELASQUEZ VANESSA PAOLA** y se cierra con el nombre de **VILLAMIZAR MEDINA LORAINE PATRICIA.**

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento a lo ordenado en el artículo 11° del decreto 1860 reglamentario del artículo 28 de la ley 115 de 1994 y decreto 0230 de febrero 11 de 2002.

Firmado y sellado por el **Lic. José del Tránsito González Arrieta** (Rector) y **Rigoberto Córdoba Caballero** (Secretario).

Dada en Plato, departamento del Magdalena, a los Diez (10) días del mes de diciembre de 2011.

FIRMADO Y SELLADO

INST. EDUCATIVA VICTOR CAMARGO ALVAREZ RECTOR PLATO MAG

Lic. José del Tránsito González A.
C. C. No. 12.590.310 de Plato

Rigoberto Córdoba Caballero
C. C. No. 85.488.486 de Plato

INSTITUTO TECNICO DEL NORTE

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO CON LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO SEGÚN RESOLUCION N° 622 DEL 21 DE DICIEMBRE DE 2007 EXPEDIDA POR LA SECRETARIA DE EDUCACION Y CULTURA DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

INSTITUTO TÉCNICO DEL NORTE

CERTIFICA QUE:

VIVIAN DE JESUS CASAS NARVAEZ

Tarjeta de Identidad N. 95081227874 de Plato – Magdalena

ASISTIO A:

MODULOS DE EXCELL Y SOFTWARE CONTABLE

Con una intensidad de 60 horas, Plato - Magdalena 15 de Junio de 2013

Coordinación

Secretaria Pedagógica

INSTITUTO DE FORMACION TECNICA NACIONAL "INFOTEN"

SE PERMITE CONSTAR QUE:

VIVIAN DE JESUS CASAS NARVAEZ

R.C. 27036216 de Plato (Magdalena)

Asistió al seminario taller de ética y liderazgo, realizado en la Institución Educativa Gabriel Escobar Ballestas, el día 22 de Noviembre de 2009; en Plato (magdalena), con una intensidad de 10 horas.

YANETH SOFIA AYALA
Psicóloga/Conferencista

ELKIN JOSE SOLANO
Director

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS

NIT. 800033723

CALLE 70 N 48 -56 3857980

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL - No CUENTA: 881653

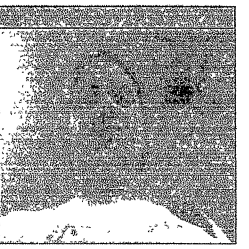
EMPRESA: CLIENTE PARTICULAR

TIPO CERTIFICACION

1. PREINGRESO [X]	2. PERIÓDICO PROGRAMADA [ ]	3. RETIRO [ ]	4. CONTROL [ ]	5. POST INCAPACIDAD [ ]
6. REUBICACIÓN [ ]	7. CASO OCUPACIONAL [ ]	8. TRAB. EN ALTURAS [ ]	9. ESPACIOS CONFINADOS [ ]	10. MANIPULACION DE ALIMENTOS [ ]

DATOS DEL PACIENTE

FECHA: 06/07/2023	EMPRESA EN MISION: PARTICULARES SO		
NOMBRE: VIVIAN DE JESUS CASAS NARVAEZ		DOC. IDENTIDAD: CC 1083007929	
CARGO: ADMINISTRATIVO			EDAD: 27 AÑOS
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE	FECHA DE NACIMIENTO: 1995-08-12	EPS: COOSALUD	
DIRECCIÓN: CL 26 32C 130 NUEVA GALICIA		TELEFONO: 3002238321	
PESO: 66 Kg	TALLA: 160 Cm	P.ABDOMINAL: 0 Cm	IMC: 25.78



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

1) EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

EXAMEN DE PREINGRESO

CONCEPTO	SI	NO
1. EXISTEN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACION	[ ]	[X]

CONCEPTOS GENERALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

1. VISUAL [ ]	2. AUDITIVO [ ]	3. RESPIRATORIO [ ]	4. CARDIOVASCULAR [ ]	5. PSICOSOCIAL [ ]	6. ERGONOMICO [ ]	7. OTROS [ ]

REMISIONES SI [ ] NO [X]	ARL SI [ ] NO [X]	EPS SI [ ] NO [X]

RECOMENDACIONES Y/O CONDICIONES A ADOPTAR PARA QUE EL TRABAJADOR PUEDA DESEMPEÑAR LA LABOR

1. SE RECOMIENDA ESTILO DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE.
2. DIETA SANA , ACTIVIDAD FISICA REGULAR COMO EJERCICIOS O ACTIVIDADES FISICAS AEROBICAS DE FORMA REGULAR ENTRE 150 A 300 MINUTOS POR SEMANA (OMS), PARA INCREMENTAR LA HABILIDAD DE UTILIZAR OXIGENO PARA EL RENDIMIENTO EN EL TRABAJO Y PARA MANTENER UN PESO ADECUADO A SU TALLA (IMC)
3. IMPLEMENTACION DE MEDIDAS ERGONOMICAS.PARA PREVENSION DE DESORDENES MUSCULOESQUELETICOS
4. HIGIENE POSTURAL.
5. CAPACITACION EN TECNICAS DE MANIPULACION DE CARGAS. (PARA TRABAJADORES EXPUESTOS)
6. CARDIOVASCULAR.- NORMAL
7. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ACORDES CON LA EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO LABORAL.
8. LINEAMIENTOS NACIONALES PARA PREVENCION DE CONTAGIO Y PROPAGACION DE COVID-19, COMO LAVADO DE MANOS FRECUENTES, USO DE MASCARILLAS NASOBUCALES, DISTANCIAMIENTO MINIMO ENTRE PERSONAS DE 2 METROS
9. SEGUN CIRCULAR EXTERNA 30 DE 2020 NO PRESENTA PREEXISTENCIAS DIAGNOSTICADA SUCEPTIBLES DE AGRAVAR POR COVID-19
10. IMPLEMENTAR POLITICA DE AUTOREPORTE
11. SIN ALTERACION DE LA CAPACIDAD LABORAL PARA EL CARGO
12.- OSTEOMUSCULAR NORMAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CERTIFICO Y MANIFIESTO QUE ME HAN SIDO INFORMADO(A) SOBRE LO CONCERNIENTE AL PROPOSITO Y BENEFICIO DEL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL Y/O EXAMENES COMPLEMENTARIOS QUE SE ME VAN A REALIZAR, COMPRENDO QUE EL OBJETIVO DE LOS MISMOS ES IDENTIFICAR CONDICIONES DE SALUD Y REALIZAR DIAGNOSTICOS PREDICTIVOS DE ENFERMEDAD LABORAL ASI COMO LOS BENEFICIOS Y SU IMPORTANCIA PARA EL DESARROLLO, EJECUCION Y CUMPLIMIENTO DEL SUBSISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA AL IGUAL QUE SUS RIESGOS, MOTIVO POR EL CUAL AUTORIZO EN FORMA LIBRE, ESPONTANEA Y VOLUNTARIA MI CONSENTIMIENTO PARA SU REALIZACION DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO CON LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE. PARA LA CUSTODIA Y ENTREGA DE LOS RESULTADOS, FACULTO Y DELEGO AL PROFESIONAL EN MEDICINA ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS, Y/O MEDICINA LABORAL DE LA EMPRESA, QUIEN TENDRÁ A SU CARGO DICHOS DOCUMENTOS SIENDO EL RESPONSABLE DE GARANTIZAR SU CONFIDENCIALIDAD. PODRÁN ENTREGAR COPIA DE MI HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL FOLIADA, PREVIA AUTORIZACIÓN DE MI PARTE O CUANDO MEDIE MANDATO JUDICIAL, A SOLICITUD DE LAS ENTIDADES DE LA SEGURIDAD SOCIAL, EN CONCORDANCIA CON LAS RESOLUCIONES NO. 2346 DE 2007 Y 1918 DE 2009 Y DECRETO 1072 DE 2015. TODA INFORMACIÓN DE SALUD GOZARÁ DE LA CONFIDENCIALIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE (DECRETO 3380 DE 1981, RESOLUCIÓN 2463 DE 2009 Y LOS QUE LOS MODIFIQUEN) Y SÓLO SERÁ USADA PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD Y TRABAJO. DE IGUAL MANERA, DOY MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA QUE SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS, RECOLECTA Y DE CUALQUIER MANERA TRATE MIS DATOS PERSONALES PARA FINALIDADES DE COMUNICACIÓN EFECTIVA, CALIDAD DE SERVICIO, MANEJO DE DATOS CLÍNICOS Y OTRAS QUE APLIQUEN SEGÚN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO ES VERIDICA Y NO OMITIR NINGÚN ANTECEDENTE, DE ACUERDO A LO QUE ME OBLIGA EL ARTICULO 22 DEL DECRETO 1295 DE 1994.

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS

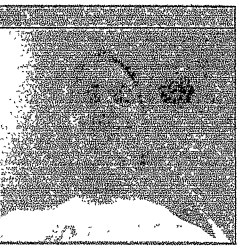
NIT. 800033723

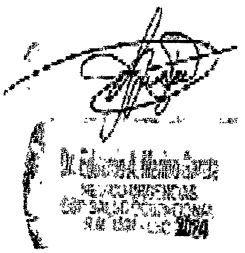
CALLE 70 N 48 -56 3857980

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL - No CUENTA: 881653

EMPRESA: CLIENTE PARTICULAR

TIPO CERTIFICACION				
1. PREINGRESO [X]	2. PERIÓDICO PROGRAMADA [ ]	3. RETIRO [ ]	4. CONTROL [ ]	5. POST INCAPACIDAD [ ]
6. REUBICACIÓN [ ]	7. CASO OCUPACIONAL [ ]	8. TRAB. EN ALTURAS [ ]	9. ESPACIOS CONFINADOS [ ]	10. MANIPULACION DE ALIMENTOS [ ]

DATOS DEL PACIENTE				
FECHA: 06/07/2023	EMPRESA EN MISION: PARTICULARES SO			
NOMBRE: VIVIAN DE JESUS CASAS NARVAEZ			DOC. IDENTIDAD: CC 1083007929	
CARGO: ADMINISTRATIVO			EDAD: 27 AÑOS	
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE	FECHA DE NACIMIENTO: 1995-08-12		EPS: COOSALUD	
DIRECCIÓN: CL 26 32C 130 NUEVA GALICIA			TELEFONO: 3002238321	
PESO: 66 Kg	TALLA: 160 Cm	P.ABDOMINAL: 0 Cm	IMC: 25.78	



EDUARDO ANTONIO MARINO GARCIA
CC 7473338
MEDICO OCUPACIONAL
TP. 1591
RS. 2024

Vivian Casas

VIVIAN DE JESUS CASAS NARVAEZ
CC 1083007929
DECLARO QUE TODOS LOS DATOS REGISTRADOS CORRESPONDEN A LA VERDAD



CAPTURA BIOMETRICA

SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA
CARRERA 5 N 26B-23 3187117423

Imprimió: YULEISY KARINA GREGORY ZUÑIGA

Fecha de Impresión: 06/07/2023 - 16:58

SOFTWARE: SIIS SIIS v.2.0- Tel: (2) 4850430

CLINICA DE LA MUJER S.A.
APASIONADOS POR EL BIENESTAR DE SU FAMILIA

EL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN HUMANA DE LA CLINICA DE LA MUJER S.A.

CERTIFICA

Que la señora **VIVIAN DE JESÚS CASAS NARVAEZ,** identificada con la tarjeta de identidad **No. 95081227374** se encontraba vinculada a esta empresa con contrato de APRENDIZAJE desde el 04 de julio del 2013 hasta el 15 de enero del 2014, desempeñando el cargo de **APRENDIZ DE FACTURACIÓN**

Esta constancia se expide y se firma a los treinta (30) días del mes de junio de 2016.

Cordialmente,

CLINICA DE LA MUJER S.A.
NIT 819.000.364-7
TALENTO HUMANO

ANGELICA LOZANO CEDEÑO
Directora de Gestión Humana

Copia: Hoja de vida

Calle 22 N. 21-16
420 4089 Ext. 100
420 4630 - 420 4631
434 9510 Ext. 121
www.clinicadelamujersa.com
Santa María - Colombia

EL SUSCRITO GERENTE – DE LA E.S.E HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO MAGDALENA.

CERTIFICA:

Que el señor, (a) **VIVIAN DE JESUS CASAS NARVAEZ,** identificado civilmente con cedula de ciudadanía N°**1.083.007.929** expedida Santa marta, laboro con nosotros mediante contrato de prestación de servicio, cumpliendo la funciones de auxiliar administrativo, desde 01-04- hasta el 31 de Diciembre del 2014, con una asignación básica de (821.000)

Para constancia se firma la presente a los 05 días del mes de Enero del 2015.

JESUS ANTONIO LARA TRUJILLO
GERENTE

centyr IPS

CERTIFICACION

El centro integral de neurodesarrollo y rehabilitación (centyr ips) Nit: 900778811-0 certifica que la empleada Vivian Casas Narváez identificada con CC.: 1.083.007.929 de Santa Marta (Mag), estuvo incorporada a la ips con el cargo de auxiliar contable en el lapso de tiempo entre enero de 2018 a enero de 2019 con una remuneración equivalente a un salario mínimo a la fecha.

Leidys María Mora Cuesta
Cc: 39.093.248
Coordinadora

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

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora, **VIVIAN DE JESUS CASAS NARVAEZ**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **1.083.007.929** expedida en Santa Marta (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE",** los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **CD20232862** de fecha 07 de julio de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 10 de julio al 30 de septiembre de 2023, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).

2. No. **CD20234029** de fecha 06 de octubre de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 19 de octubre al 31 de diciembre de 2023, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS TECNICO ADMINISTRATIVO EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACIÓN DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los veintiocho (28) días del mes de noviembre de 2023.

JARID YESID THOMAS PADILLA.
Jefe Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.

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

archivocontratacion@hujmb.gov.co
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
Santa Marta - Colombia

CERTIFICACIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que el señor(a) VIVIAN DE JESUS CASAS NARVAEZ, identificado con cédula de Ciudadanía No. 1083007929, expedida en ha suscrito con la E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE, los siguientes contratos de prestación de servicios:

Número de Contrato: CD20240784
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
Fecha de inicio: 2024-01-16
Fecha final: 2024-01-31
Valor del contrato: 1900000
Actividades:

Número de Contrato: CD20241826
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
Fecha de inicio: 2024-02-19
Fecha final: 2024-02-29
Valor del contrato: 2100000
Actividades:

Número de Contrato: CD20242209
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
Fecha de inicio: 2024-03-02
Fecha final: 2024-03-31
Valor del contrato: 2100000
Actividades:

Número de Contrato: CD20243397
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
Fecha de inicio: 2024-04-01

CERTIFICACIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Fecha final: 2024-06-30
Valor del contrato: 6300000
Actividades:

Número de Contrato: CD20243977
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
Fecha de inicio: 2024-07-10
Fecha final: 2024-07-31
Valor del contrato: 2100000
Actividades:

Número de Contrato: CD20244230
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
Fecha de inicio: 2024-08-28
Fecha final: 2024-09-30
Valor del contrato: 4200000
Actividades:

Número de Contrato: CD20245063
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
Fecha de inicio: 2024-10-25
Fecha final: 2024-11-30
Valor del contrato: 4200000
Actividades:

Así mismo se certifica que la información contenida en el presente documento es verídica y corresponde a los datos proporcionados por el usuario.

Dado en la ciudad de Santa Marta, hoy martes, 26 de noviembre de 2024, a las 02:53 PM

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 3113717e2dc4d1382c01e765da5772bf

_____

CERTIFICACIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

JARID YESID THOMAS PADILLA
JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO

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 1083007929 **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 26/11/2024 03:19 PM

Código Verificación: **17DJH95G8T**

Válida hasta: **24/02/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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	INGRESO	Fecha de publicación	2024-10-24 13:14

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
VIVIAN	DE JESUS	CASAS	NARVAEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1083007929

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	PLATO

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 año gravable 2023 fueron:

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

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CASAS NARVAEZ VIVIAN DE JESUS** identificado(a) con **CC** número **1.083.007.929** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de octubre de 2014 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 26 de noviembre de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2024112615403

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-1083007929
Nombres:	VIVIAN DE JESUS
Apellidos:	CASAS NARVAEZ
No. de Carnet:	980A6E5CD2B61E35E053020213AC9B72
Tipo de afiliado:	COTIZANTE
Fecha de afiliación:	
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
IPS:	
Departamento - Municipio:	MAGDALENA-SANTA MARTA
Categoria:	A

OBSERVACIONES:

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

La anterior certifcación se expide y firma el Tuesday, November 26, 2024, a solicitud del interesado y es válida hasta el Thursday, December 26, 2024

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	FACTURACIÒN	jul-23

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: VIVIAN DE JESUS CASAS NARVAEZ														Sexo			
														M		F	X

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1.083.007.929	SANTA MARTA	14 DE ENERO 2024

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	Familiar	Rural	Urbano
			X					X	1			X		X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
12	8	1995	PLATO MAGDALENA	CALLE 26 #32C-130 NUEVA GALICIA	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
VIVIANCASASNARVAEZ@GMAIL.COM	3002238321	0

Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado	X	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
Hospital universitario Julio Mendez barreneche	Publica	x	Privada		Mixta		Otra, cual?	Tecnico Administrativo

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
kra 14 #23-42	Santa Marta	Alcasares	

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales: 1.880.000			Total Egresos mensules: 1.000.000					
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales					
Total Activos: 1.880.000			Total Pasivos					
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO	x	

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A.



Vivian Casas Narvaez

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