

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.081.811.201**

RINCON TERNERA

APELLIDOS

VANESSA CAROLINA

NOMBRES

Vanessa Rincon
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-MAR-1999**

FUNDACION
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 **A+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

04-JUL-2017 FUNDACION

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-2103100-00925212-F-1081811201-20170725 0056575072A 1 49021729

SECRETARÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, JaneSSa Pinzon fernera, Identificado (a) con Cédula No. 1.081.811.721 y Profesión Auxiliar de enfermería AUTORIZO que la E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION en calidad de Responsable del Tratamiento de datos pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR mis datos personales en las distintas plataformas disciplinarias, fiscales, judicial, inhabilidades etc y los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el Hospital con fines de contratación.

FIRMA: JaneSSa Pinzon fernera

| LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL (Auxiliares de enfermería, Enfermeras Jefes, instrumentadoras Quirúrgicas, Fisioterapeutas, Bacteriólogos, Psicólogos, Nutricionista, Médicos Generales y Especialistas) - OPS, | | SI | N/A |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN: | | | |
| 1 | Cedula de Ciudadanía | | |
| 2 | Lista de Chequeo firmada | | |
| 3 | Capture de pantalla – Usuario Secop II (Pantallazo) | | |
| 4 | Propuesta de Servicios | | |
| 5 | Libreta Militar (Hombres menores de 50 años) | | |
| 6 | Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTORES) | | |
| 7 | RUT - Registro Único Tributario (Del año Vigente) | | |
| 8 | Hoja de Vida — Función pública (Sigep) | | |
| 9 | Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados) | | |
| 10 | Certificado de antecedentes ETICO PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo, Enfermeras, Fisioterapeutas (fecha vigente -MES actual). | | |
| 11 | Convalidación de Título (Médicos y Médicos Especialistas) — Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional. (Si aplica) | | |
| 12 | Resolución departamental para ejercer profesión | | |
| 13 | Tarjeta Profesional (Si aplica) | | |
| 14 | RETHUS (Personal Asistencial en general) | | |
| 15 | Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde \$250.000.000 millones de pesos. (Médicos Generales), desde \$400.000.000 millones de pesos (Especialistas) y desde \$100.000.000 millones de pesos. (Auxiliares de enfermería, enfermeras jefes, fisioterapeutas, instrumentadoras quirúrgicas, Psicólogos, nutrición) | | |
| 16 | Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (Personal Asistencial). | | |
| 17 | Certificado de curso SOPORTE VITAL BASICO - Auxiliares de enfermería (Vigencia no Superior a DOS (02) años). | | |
| 18 | Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras, Médicos, especialistas y auxiliares de enfermería (Vigencia no Superior a DOS (02) años). | | |
| 19 | Certificado de Curso en UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS E INTENSIVOS (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas) | | |
| 20 | Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS - Médicos Generales y Especialistas. | | |
| 21 | Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la GESTIÓN DEL DUELO (Enfermeras jefes, médicos generales, especialistas y Psicólogos) | | |
| 22 | Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la TOMA DE MUESTRAS (Auxiliares de enfermería y enfermeras Jefes) | | |
| 23 | Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el CUIDADO DEL DONANTE (Médicos Generales y Especialistas). | | |
| 24 | Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS (Médicos Generales, especialistas, auxiliares de enfermería y enfermeras Jefes). | | |
| 25 | Curso de Humanización en los servicios de salud (Area Asistencial en General) | | |
| 26 | Curso Diagnostico y Manejo Clínico del Dengue (Médicos Generales, auxiliares de enfermería y Enfermeras Jefes) | | |
| 27 | Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) cap 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (Vigencia no superior a TRES (03) años) | | |
| 28 | Soporte de experiencia laboral. (Certificaciones laborales) | | |
| 29 | Vacunas (HEPATITIS B, COVID 19, TETANO, INFLUENZA Y FIEBRE AMARILLA) (todo el personal asistencial) | | |
| 30 | Formato DECLARACION DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERES — Diligenciar en la Página web (https://www.funcionpublica.gov.co/rdcl/login/auth?opcionDestino=LEY2013) con fecha actualizada. | | |
| 31 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (INDEPENDIENTE – fecha no superior a 30 días) | | |
| 32 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE – fecha no superior a 30 días) | | |
| 33 | Certificado ARL (INDEPENDIENTE – fecha no superior a 30 días) | | |
| 34 | Certificado de Registro de Deudores Alimentarios Morosos - REDAM | | |
| 35 | Certificación Bancaria (Del año Vigente) | | |

NOTA: Los documentos deberán ser originales o copias legibles, sin excepción alguna. Los documentos aportados serán verificados previamente en las distintas plataformas o base de datos, dando fe de su autenticidad, dicha revisión estará a cargo del Área de Contratación y Talento Humano.

Por favor seleccione una opción.

Sugerencias SECOP



Registro

Encuentre en esta sección las opciones de registro. Para registrar una Entidad Estatal contactar a la Mesa de servicio del SECOP.

Opciones de registro

- Solicitud de registro como usuario de una Entidad Estatal / Proveedor (envío de solicitud)
- Registro de un Proveedor (creación)

Continuar >>

Junio de 2025

DOCTOR:

SERGIO ARAGON COTES

Gerente Hospital San Rafael Fundacion-Magdalena

PROPUESTA ECONOMICA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD DE LA

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACIONMAGDALENA

El presente documento tiene como principal objetivo brindar de manera clara y sencilla el alcance de los servicios que pongo a su amable consideración como “prestacion de servicios como auxiliar de enfermería de los equipos básicos de salud de la E.S.E Hospital Departamental San Rafael de Fundación”

ALCANCES DE LOS SERVICIOS OFERTADOS

1. Ejecutar en forma idónea, transparente y eficaz el objeto de la presente propuesta
2. Desarrollar y fortalecer las habilidades y capacitaciones de los grupos familiares o no familiares para el cuidado de si mismo, del otro y del medio ambiente, la sana convivencia y la protección de cada uno de sus integrantes, con énfasis en niño, niñas, y adolescentes, mujeres gestantes y lactantes, personas mayores
3. Promover el mejoramiento de los ambientes físicos de la vivienda y el entorno, controlar los riesgos asociados a condiciones socioambientales y promover los factores protectores para la salud y calidad de vida
4. Identificar las condiciones de salud, las personas, familias y comunidades en los micro territorios y gestionar las respuestas efectivas en salud a las diferentes modalidades de atención (extramural, intramural en prestador primario o complementario telemedicina)
5. Promover y facilitar respuestas integrales a las necesidades de las personas, familias y comunidades, por medio de la articulación de la oferta de los servicios sociales, conforme al contexto poblacional y acorde con el curso de vida
6. Desarrollar procesos educativos que faciliten a las personas elegir y adoptar practicas favorables a la salud, prácticas de cuidado, compañía y desarrollo de vínculos afectivos y sociales positivos para el desarrollo humano
7. Desarrollar espacios de participación social y popular por cada vereda barrio donde operen los equipos básicos de salud
8. Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades
9. Informar en la comunidad las acciones que desarrollan los equipos a través de medios y herramientas comunicativas

10. Caracterización socio-ambiental, individual y familiar en el micro territorio
11. Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación
12. Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública
13. Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adaptación de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno
14. Informar a las familias sobre el portafolio de los servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades
15. Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores
16. Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el ministerio de salud y protección social para tal fin
17. Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y micro territorios abordados por el equipo
18. Las demás que surjan en el ejercicio de sus competencias de acuerdo al contrato o que sea asignadas por la entidad contratante de acuerdo a los lineamientos de ministerio de salud y protección social

PLAZO

El plazo de la propuesta es según lo establecido en los estudios previos

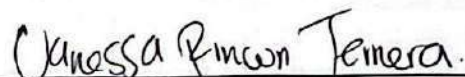
VALOR

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

FORMA DE PAGO

Según lo establecido en los estudios previos

Cordialmente,



VANESSA CAROLINA RINCON TERNERA
AUXILIAR DE ENFERMERIA
CC: 1.081.811201 de Fundación



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. - DATOS PERSONALES:

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| PRIMER APELLIDO RINCON | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) TERNERA | NOMBRES VANESSA COROLINA | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1081811201 | SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> | PAIS COLOMBIA |
| LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> | NÚMERO <input type="text"/> D.M. <input type="text"/> | | |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <input type="text" value="05"/> MES <input type="text" value="05"/> AÑO <input type="text" value="1999"/> | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Cra 45a Calle 95-67 (Interior 307) | | |
| PAIS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO FUNDACION | PAIS COLOMBIA . DPTO ANTIOQUIA MUNICIPIO MEDELLIN. TELEFONO 301-5631754 | Email vanessaternera686@gmail.com | |

2. - FORMACIÓN ACADÉMICA

| | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|------------|----|----|----|------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|--------------------------------------------|
| EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA | | | | | | | | | | |
| MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1° A 6° DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6° A 11° DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA) | | | | | | | | | | |
| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO Bachiller Académico |
| PRIMARIA | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | | FECHA DE GRADO |
| | | | X | | | | X MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2017"/> | | | |
| 1º | 2º | 3º | 4º | 5º | 6º | 7º | 8º | 9º | 10º | 11º |

| EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO) | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------|--------------------------|--------------------------------------------------------|-------------|-----|--------------------------------|---|----------------------------|------------|---|----|
| DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA | | | | | | | | | | | | |
| TC (TÉCNICA) | | | TL (TECNOLÓGICA) | | | | TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) | | | | | |
| ES (ESPECIALIZACIÓN) | | | MG (MAESTRIA O MAGISTER) | | | | DOC (DOCTORADO O PHD) | | UN (UNIVERSITARIA) | | | |
| 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 | | | | | | |
| TC | 4 | X | | TECNICO LABORAL POR COMPETENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA | 12 | 2 | 0 | 2 | 0 | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| ESPECIFIQUE 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 |
| ESPAÑOL | | | | | X | | | X | | | X | |

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 ACTUAL O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD | | | | | | PÚBLICA | | PRIVADA | | PAÍS | | | | |
| DEPARTAMENTO | | | MUNICIPIO | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | |
| | | | DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO | | | | | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL | | | DEPENDENCIA | | | | DIRECCIÓN | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD ARRECIFE | | | | | | PÚBLICA | | PRIVADA X | | PAÍS COLOMBIA | | | | |
| DEPARTAMENTO MAGDALENA | | | MUNICIPIO FUNDACION | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | |
| TELÉFONOS 3018209520 | | | FECHA DE INGRESO | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | |
| | | | DIA | 02 | MES | 02 | AÑO | 2024 | DIA | 02 | MES | 05 | AÑO | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR | | | DEPENDENCIA URBANA | | | | DIRECCIÓN CRA 6 # 11-95 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD | | | | | | PÚBLICA | | PRIVADA | | PAÍS | | | | |
| DEPARTAMENTO | | | MUNICIPIO | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | |
| | | | DIA | | MES | | AÑO | | DIA | | MES | | AÑO | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL | | | DEPENDENCIA | | | | DIRECCIÓN | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD | | | | | | PÚBLICA | | PRIVADA | | PAÍS | | | | |
| DEPARTAMENTO | | | MUNICIPIO | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | |
| | | | DIA | | MES | | AÑO | | DIA | | MES | | AÑO | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL | | | DEPENDENCIA | | | | DIRECCIÓN | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

1. - 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 | | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | | 3 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA | | 3 |

2 - FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS ANOTADOS EN LA PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA SON VERACES (ARTICULO 5°. DE LA LEY 160/65).

Canaga Rincón Tenorio.

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

3 - OBSERVACIÓN 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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



REPÚBLICA DE COLOMBIA

Institución Educativa Departamental Colombia

FUNDACIÓN -MAGDALENA

Aprobado por la Secretaría de Desarrollo de la Educación del Magdalena,
según Decreto No. 030 del 6 de Febrero de 2003

Confiere a

Rincon Ternerera Vanessa Carolina

Identificado(a) con la C.C.1.081.811.201 expedida en Fundación

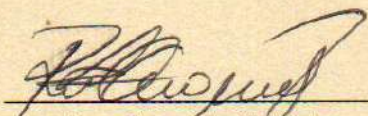
El título de

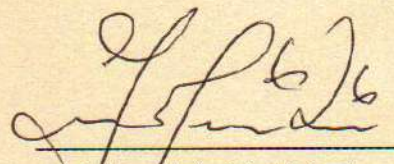
Bachiller Académico

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
al Nivel de Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes,
determinados en el Proyecto Educativo Institucional,
acorde con lo dispuesto en la ley 115 del 8 de Febrero de 1994,
Ley General de la Educación
Decretos 0230 del 11 de Febrero de 2002 y 1290 de 2009

Dado en Fundación, a los quince (15) días del mes de Diciembre del año dos mil diecisiete (2017)

FUNDACION


Roberto Eliecer Chiquillo Pertúz
C.C. No. 7.594.508 de Pivijay
Rector


Guillermo León Quinchía García
C.C. No. 7.629.171 de Santa Marta
Secretario Académico

Anotado en el Libro de Registro No. 001 . Acta General de Graduación No. 009 Folio No. 009



REPUBLICA DE COLOMBIA
CORPORACION PROMOTORA SOCIAL EDUCATIVA
CORPROSED

Con Licencia de Funcionamiento Según Resolución No 183 de Mayo 13 de 2008 Emanada Por la Secretaria De Educación Departamental de Magdalena y Con Registro de Programa No 187 -7 de Agosto 13 de 2012. Por la S.E.D Acuerdo No 00101 de julio 05 de 2012 Emitido Por la Comisión Intersectorial del Talento Humano En salud.

ACTA DE CERTIFICACION No. 248

En el Municipio de Fundación, Departamento del Magdalena, República De Colombia, se llevó a cabo el acto solemne de entrega de Certificados De Técnico Laboral Por Competencias en:

AUXILIAR EN ENFERMERIA

A

Danessa Carolina Rincón Ternerá

Documento de identidad C.C No 1.081.811.201 Expedida en Fundación, Magdalena

El aspirante termino sus estudios, y cumplió todos los requisitos exigidos por la Institución para optar el certificado, tales como haber aprobado los módulos de formación en el programa de Auxiliar En Enfermería de conformidad con el reglamento vigente.

REGISTRO N° 2656

FOLIO N° 019

Intensidad Horaria: 1666 Horas

Dada en Fundación a los 19 días del mes de Diciembre de 2020
En constancia se firma la presente por quienes intervinieron, en cumplimiento del decreto 4904 de diciembre de 2009 y el 1075 de mayo de 2015


CARLOS GONZALEZ GUTIERREZ
Director


YEIMIS LOPEZ MARTINEZ
Secretaria General



REPÚBLICA DE COLOMBIA

POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

CORPORACIÓN PROMOTORA SOCIAL EDUCATIVA
CORPROSED

FORMACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO

Licencia de Funcionamiento Según Resolución No 183 de Mayo 13 de 2008, Emanada por la Secretaria de Educación Departamental del Magdalena
Registro de Programa según Resolución No 183 - 7 de Agosto 13 de 2012 Emanada por la Secretaria de Educación Departamental
Acuerdo No 00101 de julio 05 de 2012 Emitido Por la Comisión Intersectorial del Talento Humano En salud.

Confiere el Certificado De Técnico Laboral Por Competencias en:

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Vanessa Carolina Rincon Ternera

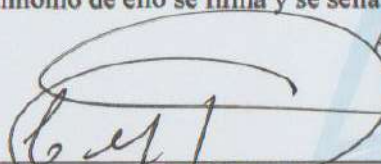
Documento de Identidad C.C No 1.081.811.201 Expedida en Fundacion, Magdalena

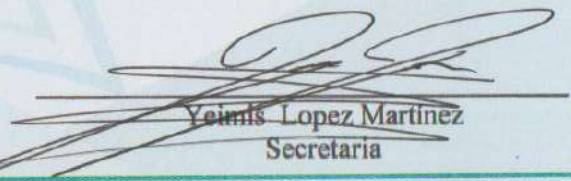
Por haber cursado y aprobado los módulos de formación en el programa de Auxiliar En Enfermería, llenando los requisitos legales y estatutarios conforme a la norma reglamentada en el Decreto 4904 de diciembre de 2009 y el 1075 de mayo de 2015.

Intensidad horaria de 1666 horas.

En testimonio de ello se firma y se sella el presente certificado. Dado en Fundación a los 19 días del mes de diciembre de 2020

Acta de Certificación No 248 Folio No 019 Registro 2656


Carlos González Gutiérrez
Director


Yeimís López Martínez
Secretaria



MAGDALENA
La fuerza del cambio

RESOLUCIÓN No. 47 0258 DE 09 FEB 2021

**Por la cual se registra un título
LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA**

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 03 de 1994, de la Ley 1164 del 03 de Octubre de 2007 y el Decreto 4192 de Noviembre 09 de 2010.

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **VANESSA CAROLINA RINCÓN TERNERA** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1,081,811,201, expedida en Fundación - Magdalena, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**, según **CERTIFICADO**, el cual le fue otorgado por LA CORPORACION PROMOTORA SOCIAL EDUCATIVA - CORPROSED, con Acta de Certificación No. 248 del 19 de diciembre de 2020

Que con la solicitud el (la) señor (a) **VANESSA CAROLINA RINCÓN TERNERA** presentó los siguientes documentos: 1.) Diploma, 2) Acta de grado, 3.) Copia ampliada del documento de identificación, 4.) Formato de datos personales.

Que al verificar los documentos, el (la) señor (a) **VANESSA CAROLINA RINCÓN TERNERA** cumple con los requisitos contenidos en el inciso segundo del artículo 6.3 del Decreto 4904 de 2009, "Por el cual se reglamenta la organización, oferta y funcionamiento de la prestación del servicio educativo para el trabajo y el desarrollo humano y se dictan otras disposiciones"

Que en mérito de lo expuesto:

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **VANESSA CAROLINA RINCÓN TERNERA**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1,081,811,201, expedida en Fundación - Magdalena, para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**, en el territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha:

09 FEB 2021

JULIO SALAS BURGOS

Secretario Seccional de Salud del Magdalena

Proyectó: José Rivera Ramos.
Revisó: Piedad De la Hoz Orozco.

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

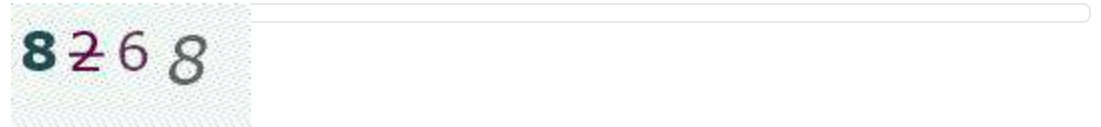
Tipo de Identificación *

Número de Identificación *

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2024-07-18→9:37:41 AM

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---------------------|---------------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|------------------------|---------------------|
| CC | 1081811201 | VANESSA | CAROLINA | RINCON | TERNERA | 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) VANESSA CAROLINA RINCON TERNERA identificado(a) con CC 1081811201 registra La siguiente información:

2024-07-18→9:37:41 AM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---------------|-------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------|---------------------|
|---------------|-------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------|---------------------|

Administrativo**AUX****Local****TECNICO LABORAL EN
AUXILIAR EN
ENFERMERIA****2021-02-09****470258****SECRETARIA
DEPARTAMENTAL DE SALUD
DEL MAGDALENA**

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

SISPRO

Dirección:

Carrera 13 # 32-76 (piso 1)

Cundinamarca, Bogotá D.C.

Código Postal: 110311

Horario de atención:

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

Contacto

Teléfono

conmutador:

En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2

Resto del país: 018000960020 Opción

Correo de notificaciones judiciales:

notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3202492330

PÓLIZA No: 320 -89 - 994000007256 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CARRERA 47** COD. AGE: 320 RAMO: 89 PAP:
 DIA MES AÑO VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS
 27 11 2024 27 11 2024 23:59 27 11 2025 23:59 365 27 11 2024
 FECHA DE EXPEDICIÓN VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS DIAS FECHA DE IMPRESIÓN
 MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **EXPEDICION**
 VIGENCIA DEL ANEXO DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIAS
 27 11 2024 23:59 27 11 2025 23:59 365
 VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS

DATOS DEL TOMADOR
 NOMBRE: **VANESSA CAROLINA RINCON TERNERA** IDENTIFICACIÓN: CC **1081.811.201**
 DIRECCIÓN: **KR 35 A 103 B 10 BR LA ENEA 2** CIUDAD: **MANIZALES, CALDAS** TELÉFONO: **8740496**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO
 ASEGURADO: **VANESSA CAROLINA RINCON TERNERA** IDENTIFICACIÓN: CC **1081.811.201**
 DIRECCIÓN: **KR 35 A 103 B 10 BR LA ENEA 2** CIUDAD: **MANIZALES, CALDAS** TELÉFONO: **8740496**
 BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS
 ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **MAGDALENA** CIUDAD: **FUNDACIÓN**
 DIRECCION: **CALLE 0 No. 0-0 LUGAR DONDE LABORA EL PROFESIONAL**
 ACTIVIDAD: **AUXILIAR DE LA SALUD**

| DESCRIPCION | AMPAROS | SUMA ASEGURADA | LIMITE POR EVENTO |
|-----------------------------------|---------|-------------------|-------------------|
| DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO | | \$ 100,000,000.00 | |
| RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA | | 100,000,000.00 | |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO | | 100,000,000.00 | 0.00 |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS | | 100,000,000.00 | 0.00 |
| SUSTITUCION PROVISIONAL | | 100,000,000.00 | 0.00 |
| GASTOS DE DEFENSA | | 10,000,000.00 | 0.00 |

 DEDUCIBLES: **10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL**
 BENEFICIARIOS
 NIT 001 - **TERCEROS AFECTADOS**
 TOMADOR: **RINCON TERNERA VANESSA CAROLINA**
 ASEGURADO: **RINCON TERNERA VANESSA CAROLINA**
 BENEFICIARIO: **Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.**
 PROFESION ASEGURADA: **AUXILIAR EN ENFERMERIA**
 ESPECIALIZACION: **NINGUNA**
 VIGENCIA: **365 días, a partir del día 27 del mes de Noviembre del año 2024 con inicio de cobertura a las 23:59 horas.**
 OBJETO:

| | | | | |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***100,000,000.00 | VALOR PRIMA: \$ *****60,440 | GASTOS EXPEDICION: \$ ***10,000.00 | IVA: *****13,384 | TOTAL A PAGAR: \$ *****83,824 |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

| INTERMEDIARIO | | COASEGURO CEDIDO | |
|--------------------------------------|-------------|------------------|-----------------|
| NOMBRE | CLAVE | %PART | VALOR ASEGURADO |
| JAIME RAFAEL ESCOBAR GUERRERO | 8902 | 100.00 | |

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR (415)7701861000019(8020)00000000007000320249233 **FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: **Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá** CLIENTE YEVACA 0
 CDDA207A0B06FE7D5C

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES-2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 0008 del 27 de enero de 2017,
emanada de la Secretaría de Educación
Departamental del Magdalena, Registros programas del 0030-01 al 0030-09 S.E.D.
del 31 de enero de 2017 y Acuerdo No. 0108 del 16 de Junio de 2011
de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

Nit. 830508231-8



**EL SUSCRITO DIRECTOR DE LA CORPORACIÓN TÉCNICA DEL
NORTE "COTECNOR"**

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE:

VANESSA RINCON TERNERA Identificado (a) con la cedula de ciudadanía No 1.081.811.201, cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del curso teórico practico en **VIOLENCIA DE GENERO (Enfoque a víctimas de violencia sexual)** programa de **FORMACIÓN ACADÉMICA** con el fin de complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar los conocimientos, con una intensidad horaria de 48 horas, modalidad educativa **SEMIPRESENCIAL**.

Este certificado tiene una vigencia de 2 años a partir de su expedición Realizado en la ciudad de Fundación Magdalena, el 12 de noviembre 2024.



MANUEL JOSÉ SANTODOMINGO PEREIRA
Director Administrativo

Código de verificación LLF01R02WIL0184 Prohibida el cambio parcial o total de la literatura de este certificado. So pena de las implicaciones legales



CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 0008 del 27 de enero de 2017,
emanada de la Secretaría de Educación
Departamental del Magdalena, Registros programas del 0030-01 al 0030-09 S.E.D.
del 31 de enero de 2017 y Acuerdo No. 0108 del 16 de Junio de 2011
de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

Nit. 830508231-8



**EL SUSCRITO DIRECTOR DE LA CORPORACIÓN TÉCNICA DEL
NORTE "COTECNOR"**

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE:

VANESSA RINCON TERNERA Identificado (a) con la cedula de ciudadanía No No 1.081.811.201, cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del curso teórico practico en **SOPORTE VITAL BASICO** programa de **FORMACIÓN ACADÉMICA** con el fin de complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar los conocimientos, con una intensidad horaria de 48 horas, modalidad educativa **SEMIPRESENCIAL**.

Este certificado tiene una vigencia de 2 años a partir de su expedición Realizado en la ciudad de Fundación Magdalena, el 07 de noviembre de 2024.

MANUEL JOSÉ SANTODOMINGO PEREIRA
Director Administrativo

Código de verificación LLF01R02WIL0186 Prohibida el cambio parcial o total de la literatura de este certificado. So pena de las implicaciones legales



CERTIFICA
la asistencia de:

Vanessa Carolina Rincón Ternera

CC No 1.081.811.201

Profesión:

Auxiliar de Enfermería

En el Curso de:

Soporte Vital Básico y Avanzado

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del Curso Teórico Práctico. Soporte Vital Barranquilla. Nit: 901370 843-7 matrícula mercantil No.757302, avalados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo .6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación informal para el trabajo y desarrollo humano. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado en la ciudad de Fundación (Magdalena), el día 27 de noviembre de 2024 con una intensidad de 48 horas. Este certificado tiene Validez de 2 años a partir de la fecha de su expedición.

Código de Verificación: **SV05527**

Ariel R Araque Ch

REPRESENTANTE LEGAL
GERENTE COMERCIAL

Dra. *Daniela Marcela Vecinos Diaz*

COORDINADOR CIENTIFICO
INS .MANEJO DEL DOLOR

Para la verificación de la autenticidad de los certificados se puede comunicar a los siguiente correos Comercial@svsoportevital.com ó al celular 3117150147

www.svsoportevital.com



CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 0008 del 27 de enero de 2017,
emanada de la Secretaría de Educación
Departamental del Magdalena, Registros programas del 0030-01 al 0030-09 S.E.D.
del 31 de enero de 2017 y Acuerdo No. 0108 del 16 de Junio de 2011
de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.



Nit. 830508231-8

**EL SUSCRITO DIRECTOR DE LA CORPORACIÓN TÉCNICA DEL
NORTE "COTECNOR"**

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE:

VANESSA RINCON TERNERA Identificado (a) con la cedula de ciudadanía No 1.081.811.201, cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del curso teórico practico en **GESTION DE DUELO** programa de **FORMACIÓN ACADÉMICA** con el fin de complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar los conocimientos, con una intensidad horaria de 48 horas, modalidad educativa **SEMIPRESENCIAL**.

Este certificado tiene una vigencia de 2 años a partir de su expedición Realizado en la ciudad de Fundación Magdalena, el 14 de noviembre 2024.



MANUEL JOSÉ SANTODOMINGO PEREIRA
Director Administrativo

Código de verificación LLF01R02WIL0187 Prohibida el cambio parcial o total de la literatura de este certificado. So pena de las implicaciones legales



CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 0008 del 27 de enero de 2017,
emanada de la Secretaría de Educación
Departamental del Magdalena, Registros programas del 0030-01 al 0030-09 S.E.D.
del 31 de enero de 2017 y Acuerdo No. 0108 del 16 de Junio de 2011
de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

Nit. 830508231-8



**EL SUSCRITO DIRECTOR DE LA CORPORACIÓN TÉCNICA DEL
NORTE "COTECNOR"**

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE:

VANESSA RINCON TERNERA Identificado (a) con la cedula de ciudadanía **No 1.081.811.201**, cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del curso teórico practico en **TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO** programa de **FORMACIÓN ACADÉMICA** con el fin de complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar los conocimientos, con una intensidad horaria de 48 horas, modalidad educativa **SEMIPRESENCIAL**.

Este certificado tiene una vigencia de 2 años a partir de su expedición Realizado en la ciudad de Fundación Magdalena, el 09 de septiembre 2024.



MANUEL JOSÉ SANTODOMINGO PEREIRA
Director Administrativo

Código de verificación LLF01R02WIL0190 Prohibida el cambio parcial o total de la literatura de este certificado. So pena de las implicaciones legales



CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 0008 del 27 de enero de 2017,
emanada de la Secretaría de Educación
Departamental del Magdalena, Registros programas del 0030-01 al 0030-09 S.E.D.
del 31 de enero de 2017 y Acuerdo No. 0108 del 16 de Junio de 2011
de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

Nit. 830508231-8



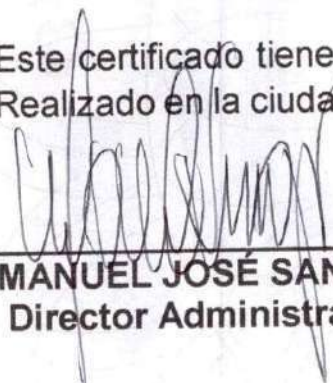
**EL SUSCRITO DIRECTOR DE LA CORPORACIÓN TÉCNICA DEL
NORTE "COTECNOR"**

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE:

VANESSA RINCON TERNERA Identificado (a) con la cedula de ciudadanía No 1.081.811.201, cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del curso teórico practico en **ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUE CON ÁCIDO** programa de **FORMACIÓN ACADÉMICA** con el fin de complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar los conocimientos, con una intensidad horaria de 48 horas, modalidad educativa **SEMIPRESENCIAL**.

Este certificado tiene una vigencia de 2 años a partir de su expedición
Realizado en la ciudad de Fundación Magdalena, el 23 octubre de 2024.



MANUEL JOSÉ SANTODOMINGO PEREIRA
Director Administrativo

Código de verificación LLF01R02WIL0186 Prohibida el cambio parcial o total de la literatura de este certificado. So pena de las implicaciones legales



CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 0008 del 27 de enero de 2017,
emanada de la Secretaría de Educación
Departamental del Magdalena, Registros programas del 0030-01 al 0030-09 S.E.D.
del 31 de enero de 2017 y Acuerdo No. 0108 del 16 de Junio de 2011
de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

Nit. 830508231-8



**EL SUSCRITO DIRECTOR DE LA CORPORACIÓN TÉCNICA DEL
NORTE "COTECNOR"**

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE:

VANESSA RINCON TERNERA Identificado (a) con la cedula de ciudadanía No 1.081.811.201 cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del curso teórico practico en **MANEJO CLINICO DEL DENGUE** programa de **FORMACIÓN ACADÉMICA** con el fin de complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar los conocimientos, con una intensidad horaria de 48 horas, modalidad educativa **SEMIPRESENCIAL**.

Este certificado tiene una vigencia de 2 años a partir de su expedición Realizado en la ciudad de Fundación Magdalena, el 13 de noviembre 2024.

MANUEL JOSÉ SANTODOMINGO PEREIRA
Director Administrativo

Código de verificación LLF01R02WIL0189 Prohibida el cambio parcial o total de la literatura de este certificado. So pena de las implicaciones legales



CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 0008 del 27 de enero de 2017,
emanada de la Secretaría de Educación
Departamental del Magdalena, Registros programas del 0030-01 al 0030-09 S.E.D.
del 31 de enero de 2017 y Acuerdo No. 0108 del 16 de Junio de 2011
de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

Nit. 830508231-8



**EL SUSCRITO DIRECTOR DE LA CORPORACIÓN TÉCNICA DEL
NORTE "COTECNOR"**

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE:

VANESSA RINCON TERNERA Identificado (a) con la cedula de ciudadanía No 1.081.811.201, cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del curso teórico practico en **HUMANIZACION DE LA ATENCION EN SALUD** programa de **FORMACIÓN ACADÉMICA** con el fin de complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar los conocimientos, con una intensidad horaria de 48 horas, modalidad educativa **SEMIPRESENCIAL**.

Este certificado tiene una vigencia de 2 años a partir de su expedición Realizado en la ciudad de Fundación Magdalena, el 5 de noviembre de 2024.



MANUEL JOSÉ SANTODOMINGO PEREIRA
Director Administrativo

Código de verificación LLF01R02WIL0187 Prohibida el cambio parcial o total de la literatura de este certificado. So pena de las implicaciones legales

Dr Francisco Vicent Pacheco

Medico Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo Licencia en SST 0969/2018 SDS Magdalena

Direccion: Avenida libertador Calle 14#25-37 Inferior 1 Tel.

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

| | | | |
|-----------------------|-----------|------------------|--------------------|
| Tipo de certificacion | Ingreso | post Incapacidad | Reubicacion |
| | Periodico | Caso Ocupacional | Ingreso SVE |
| | Retiro | Control | Trabajo en Alturas |

DATOS DEL PACIENTE

| | | | | | |
|----------------------|----------------|--------------------|---------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------|
| FECHA: | 27/11/2024 | CARGO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | |
| EMPRESA CLIENTE : | PARTICULAR | NOMBRE Y APELLIDO: | VANESSA CAROLINA RINCON TERNERA | | |
| Numero de Identidad: | CC 1081811201 | Edad | 25 | Genero: | F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| Direccion | DIAG 68 #28-58 | Escolaridad | TECNICO | | |
| Telefono | 3015631754 | EPS | COOSALUD | CONTRIBUTIVO | |

PARACLINICOS PRACTICADOS

PESO 66 KG; TALLA 1.60 MT

CONCEPTO

APTO, SIN RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES PARA EL TRABAJADOR

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE; HIGIENE POSTURAL
EJERCICIOS FUNCIONALES
- PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS POR 10 MINUTO

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES AL INGRESAR A LA EMPRESA

DEBE SEGUIR LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES: ANTES DE INGRESAR A LA EMPRESA DIARIAMENTE DEBE LLENAR LA ENCUESTA (DIGITAL O FÍSICA) DE SIGNOS O MALESTAR SUGESTIVO DE COVID-19, REPORTAR DIARIAMENTE SU ESTADO DE SALUD, DEBE ACUDIR A SU EPS/IPS ANTE SIGNOS DE ALARMA, USO DE TAPABOCAS OBLIGATORIO, LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS O DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA Y DISTANCIAMIENTO DE 2 METROS DENTRO Y FUERA DEL TRABAJO.

MEDIDAS PREVENTIVAS Y PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD APLICADO DURANTE LA CONSULTA

PARA LA ATENCION SE APLICARON TODAS LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, SE REALIZA ENCUESTA-TEST COVID 19. SE TIENEN EN CUENTA EL DECRETO 1297 DEL 2020 DE LA PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA Y LA RESOLUCION 222 DEL 2021 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL RESPECTO A LAS MEDIDAS GENERALES Y LAS ESPECIFICADAS PARA LA POBLACIÓN VULNERABLE Y/O CON PATOLOGÍAS FRENTE AL COVID 19. RESOLUCION 1155 DE 2020 - RESOLUCION 777 DE 2021

RESTRICCIONES LABORALES

NO TIENE RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA AL QUE SE DEBE INCLUIR EL TRABAJADOR

| | | |
|--------------|----------------|---|
| VISUAL | AUDITIVO | |
| RESPIRATORIO | CARDIOVASCULAR | |
| PSICOSOCIAL | ERGONOMICO | |
| OTRO | | |
| REMISION | | |
| SI | NO | X |
| ARL | EPS | |

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo al consultorio medico del Dr Francisco Vicent, para que le de el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 2346 del 2.007, 1918 del 2.009 del Ministerio de Protección Social y normatividad vigente, Ademas doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y veridica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todos los estudios realizados y el resultado del Informe medico ocupacional de aptitud

Dr Francisco Vicent Pacheco

Medico especialista en seguridad y salud en el trabajo

RM 12552709

Licencia en seguridad y salud en el trabajo 0969/2018

Trabajador

Cedula: 1081811201

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
FUNDACION - MAGDALENA
NIT: 819.002.551-7

FUNDACION SIGUE AVANZANDO

**LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA
UNIDAD DE TALENTO HUMANO DE LA ESE CENTRO DE
SALUD PAZ DEL RIO**

CERTIFICA

Que la Señorita: **VANESSA CAROLINA RINCON TERNERA**, identificada con la Cedula de Ciudadanía No. 1.081.811.201 de Fundación (mag), realizo practicas académicas en esta entidad de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, a partir del Veinte y dos (22) de Junio del 2021 hasta el Treinta (30) de Octubre del 2021.

Durante este tiempo demostró profesionalismo, gran capacidad de trabajo y responsabilidad en el cumplimiento de sus funciones.

Para mayor constancia se firma en fundación (mag) a los Tres (03) días del mes de Noviembre del 2018.

ANGELICA RESTREPO STARITA
PROFESIONAL UNIVERSITARIA
ESE CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO

FUNDACION SIGUE AVANZANDO
CALLE 3 # 14 - 35 TEL: 4131106

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD



ID: 8dba6770-7146-4265-9607-d7c4ef949c21

Nombres y apellidos / Full name

VANESSA CAROLINA RINCON TERNERA

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 8 1 8 1 1 2 0 1

Fecha de nacimiento / Date of birth

05/03/1999

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3015631754

Correo electrónico / e-mail

NOREGISTRA@GMAIL.COM

Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Edad | Vacuna | Dosis | Fecha de aplicación | | | Laboratorio | Número de Lote | IPS Vacunadora | Nombres y apellidos del vacunador |
|-------------------|--------------------------------|-----------------|---------------------|-------|------|--------------------------|----------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------|
| | | | Day | Month | Year | | | | |
| Age | Vaccine | Doses | Day | Month | Year | Laboratory | Vaccine Batch | Administering Center | Full name Vaccinator |
| 6 meses | Sarampión - Rubéola | Adicional | 16 | 3 | 2020 | | 0129M074 | FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SAL | jorge lara zabala |
| 12 meses | Fiebre amarilla | Única | 16 | 3 | 2020 | | R3C231V | FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SAL | jorge lara zabala |
| Sin rango de edad | TD Adulto | Primera | 16 | 3 | 2020 | | 221501517B | FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SAL | jorge lara zabala |
| Sin rango de edad | COVID JANSSEN | Única | 27 | 7 | 2021 | Janssen | 213A21A | FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO | ELVIS MARIA BARRIOS MARTINEZ |
| Sin rango de edad | COVID MODERNA | Primer Refuerzo | 3 | 2 | 2022 | MODERNA SWITZERLAND GMBH | 015F21A | FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO | LILIAN ROCIO SAMUDIO PACHECO |
| Sin rango de edad | TD Adulto | Segunda | 1 | 8 | 2022 | Serum | 2331L011C | FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO | DUBIS ESTHER SERNA MARTINEZ |
| Sin rango de edad | Hepatitis B Adultos particular | Primera | 25 | 11 | 2024 | | 22GHBV006 | FUNDACION IPS NATALIS SAS, PERINATOLOGIA, DIAGN | JORGE LARA |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the World Program of Immunization - PAI (by its acronym in Spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

Tipo de declaración Fecha de publicación

| Nombres y apellidos completos | | | |
|-------------------------------|----------------|-----------------|------------------|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| VANESSA | CAROLINA | RINCON | TERNERA |

Documento de identificación
Tipo Número

Lugar de nacimiento
País Departamento Municipio

Lugar de domicilio
País Departamento Municipio

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

Lugar de sede
País Departamento Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

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 2024 fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|-------------------------------------|----------------|
| Salarios y demás ingresos laborales | \$5.400.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | \$5.400.000,00 |

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 |
|----------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|--------------|------|--------------|-----------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|--------------|--------------|
| SISTECREDITO | \$300.000,00 |

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí No

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

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|------------------------------|--------|--------------------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí No

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

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|-------------------------------------------|------|------------------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí No

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

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|----------------------------|---------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí No

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

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---------------|----------------|-----------------|------------------|
| | | | |

Tipo documento Número

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí No

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí No

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

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---------------------------------------------|---------|-------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí No

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

| Tipo de inversión | Valor | País |
|-------------------|-------|------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí No

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

| Nombre entidad | Valor |
|----------------|-------|
| | |
| | |
| | |
| | |

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí No

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

STAMARTA, Junio 20 de 2025

Señora:

RINCON TERNERA VANESSA CAROLINA

CC. 1081811201DG 6B 28 58 - 2999555

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Noviembre 27 de 2024. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

| Nombre | Documento | Tipo | Afiliación | Sem_c ot | Sem_A nt | Parentesco | Estado_Afiliación | Fecha_de_desafiliación_EPS | Estado_Actual | Discapacidad |
|---------------------------------|------------|------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------------|----------------------------|---------------|--------------|
| RINCON TERNERA VANESSA CAROLINA | 1081811201 | C | Nov-27-2024 | 8 | 26 | COTIZANTE | VIGENTE | | | Ninguna |

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

| Razón_social_del_aportante | Usuario_en_contrato | Tipo_de_contrato | Estado_de_contrato |
|---------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------|--------------------|
| VANESSA CAROLINA RINCON TERNERA | 1081811201 | Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m | VIGENTE |
| VANESSA CAROLINA RINCON TERNERA | 1081811201 | Trabajador Independiente | CERRADO |

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

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

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

VANESSA CAROLINA RINCON TERNERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.081.811.201**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Junio del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:



Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **VANESSA CAROLINA RINCON SIERRA** identificado con **CC No. 1081811201**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| HOSPITAL SAN RAFAEL - NI. 891780008 | Fecha de inicio de cobertura: 16/03/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 01/03/2025 Fecha fin de Contrato: 01/03/2026 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3 |

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501016139371.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 12 días del mes de junio de 2025.

Cordialmente,

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

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva. Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS



**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 1081811201 **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 02/07/2025 04:12 PM



Código Verificación: **KBRLCDSJNA**

Válida hasta: **30/09/2025**

Dirección de Gobierno Digital

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

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona RINCON TERNERA, VANESSA CAROLINA identificado(a) con CC 1081811201 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 326442019 desde el 25 de noviembre de 2024, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 25 de noviembre de 2024, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,



Olga Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogotá