

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, Dagoberto Dorcas Díaz identificado con Cédula No. 1019932852 y Profesión Aux de Enfermería AUTORIZO que el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB) en calidad de Responsable del Tratamiento de datos pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Dagoberto Dorcas Díaz

LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:		SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía	✓	
3	Registro Proveedores - Persona Natural - Disponible en: https://sij.huimb.gov.co/proveedores/pnatural.php	✓	
4	Formato Consentimiento Informado - Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://huimb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	✓	
5	Capture de Pantalla - Usuario SECOP II (Pantallazo)	✓	
6	Propuesta de Servicios (Mes Actual)	✓	
7	Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)	✓	
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)	✓	
9	RUT - Registro Único Tributario (Año 2023)	✓	
10	Hoja de Vida - Función pública (SIGEP II) (Actualizada Mes Actual)	✓	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)	✓	
12	Certificado de antecedentes ETICO PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (fecha vigente - Mes Actual).		
13	Convalidación de Título (Médicos Generales y Especialistas) - Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.		
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (Personal Asistencial)	✓	
15	Tarjeta Profesional		
16	RETHUS (Personal Asistencial en general)	✓	
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde \$250.000.000 millones de pesos. (Médicos y Especialistas)		
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (Personal Asistencial).	✓	
19	Certificado de curso SOPORTE VITAL BASICO - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).	✓	
20	Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras y Médicos, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico - PALS (Pediátras) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal - NALS (Neonatólogo) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
23	Certificado de Curso de CUIDADOS INTENSIVOS (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS - Médicos Generales y Especialistas del área de UCI y Hospitalización.		
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la GESTIÓN DEL DUELO (Personal asistencial del área de Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal)	✓	
26	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el CUIDADO DEL DONANTE (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.		
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS (Personal Asistencial del área de Urgencias y Transporte Asistencial).	✓	
28	Curso de PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia), (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
29	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 - Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (Vigencia no superior a TRES (03) años)	✓	
30	Soporte de experiencia laboral.	✓	
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ previo registro en el sitio web.		
32	Vacunas (HEPATITIS B) (todo el personal asistencial)	✓	
33	Formato DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS - Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdcl/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año)	✓	
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (INDEPENDIENTE - Mes Actual)	✓	
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE - Mes Actual)	✓	
36	Formato SARLAFT - Persona Natural. Disponible en: https://huimb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	✓	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.079.938.852**

OROZCO DIAZ

APELLIDOS
DAGOBERTO

NOMBRES

Dagoberto Diaz
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **10-MAR-1996**

EL PINON
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

13-MAY-2014 PIVIJAY

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO



A-2100100-00991551-M-1079938852-20180403 0060598591A 2 4414863023

REGISTRADOR NACIONAL (R.N.) ESTADO CIVIL

Has buscado el número de identificación: **1079938852**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1079938852	OROZCO	DIAZ	DAGOBERTO	NO TENGO	2022-03-09, 11:35 am

El (la) suscrito(a) Doyoberto Ochoa Dini identificado con C.C./C.E./P.P No. 1079938852 expedida en P.O. 37, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

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

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 07 del mes de septiembre de 2023.

Firma

Nombre

Cédula

Doyoberto Ochoa
Doyoberto Ochoa Dini
1079938852

Recil x Recil x SEGI x ...Sis x Port: x http x Inici x Inici x Con: x (5,6) x Casc x ZC x Desc x Urge x Ver x +

secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=14001307&Messages=Datos%20del%20usuario%20guardados[Success]

Topra Gmail Urgencias - Historia... Portal Genesis ZONA SER RESULTADOSLAB Login SIE IPS Nueva EPS S.A Oviyam coosalud Consulte su EPS Comparta Consulta afiliados a...

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste UTC -5 14:43:07 DAGOBERTO OROZCO...

Búsqueda Mis procesos Menú Ir a Buscar...

Escritorio Configuraciones de Perfil

Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Datos del usuario guardados

Editar

Información del usuario

Género Hombre

Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA

Título Sr.

Nombre DAGOBERTO

Apellidos OROZCO DIAZ

Fecha de Nacimiento 10/03/1996 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

Nombre y apellido DAGOBERTO OROZCO DIAZ

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de documento 1079938852

Dirección CALLE 23 No 32C No 61 BARRIO LA FLORIDA

Código postal

Estrato 2

Ubicación Santa Marta

País COLOMBIA

Correo electrónico dagoorozco1996@gmail.com

Teléfono 3206770129

Celular 3206770129

Nivel Educativo Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

Configuración

Datos del usuario guardados

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

Idioma Español (Colombia)

Windows Taskbar

System Tray: 02:42 PM 06/07/2023

Santa Marta 07 de septiembre de 2023

Doctor

GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA

GERENTE

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDE BARRENECHE

Estimada entidad.

Yo **DAGOBERTO OROZCO DIAZ** identificado con cedula de ciudadanía número 1.079.938.852 de PIVIJAY, mediante el presente me permito dejar en consideración el asunto de la referencia.

Para lo cual pretendo prestar mi servicio de AUXILIAR DE ENFERMERIA, con un alto grado de responsabilidad y eficacia, plasmado en las metas y objetivos encomendados por la E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. Esto se traducirá en el cumplimiento de las tareas diario dando apoyo en el área de ENFERMERIA donde lo requiera el ente.

Atentamente



DAGOBERTO OROZCO DIAZ

C.C 1.079.938.852

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL**



COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

CERTIFICA

Que el señor **DAGOBERTO OROZCO DIAZ** identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1079938852, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre: **DAGOBERTO**
Segundo Nombre:
Primer Apellido: **OROZCO**
Segundo Apellido: **DIAZ**
Tipo Documento: **Cédula de Ciudadanía**
Número Documento: **1079938852**
Clase Libreta Militar: **Primera Clase**

**ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR**

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 9 días del mes de Marzo de 2022, a las 5:12:29 PM.

Cordialmente,

TC. JOHN EDUARD PAEZ CHINONES
Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix



**FE EN LA CAUSA
"ESTAMOS EN EL CORAZÓN DE LOS COLOMBIANOS Y AHÍ NOS VAMOS A QUEDAR"**
COMANDO DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO
Carrera 11B # 104a - 64 PBX: (1) 3382211 BOGOTÁ D.C.





FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Orozco	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Díaz	NOMBRES Dagoberto
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1079938852	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☒ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO 1079938852	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 10 MES 03 AÑO 1996 PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO EL PIÑÓN	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 23 - 32C 61 BARRIO LA FLORIDA PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO SANTA MARTA TELÉFONO 4305573 EMAIL dagoorozco1996@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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	06	AÑO	2013

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)							
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:							
TC (TÉCNICA)		TL (TECNOLÓGICA)		TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)		UN (UNIVERSITARIA)	
ES (ESPECIALIZACIÓN)		MG (MAESTRÍA O MAGISTER)		DOC (DOCTORADO O PHD)			
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).							
MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	07	2019	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS					
MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO 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	04	Año	2022	Día		Mes	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD				DEPENDENCIA AMBULANCIA Y URGENCIAS						DIRECCIÓN			

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE													
INSTITUCIÓN EDUCATIVA						PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS			
DEPARTAMENTO				MUNICIPIO						CORREO ELECTRÓNICO			
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
				Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:	
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	1	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	2

FORMATO COMPLETO

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 INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

07-09-2023 - SANTA MARTA
DAGOBERTO OROZCO DIAZ

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

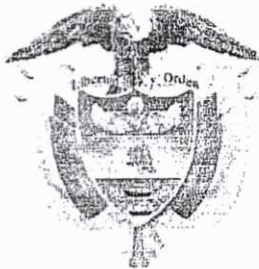
OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

República de Colombia



La

Institución Educativa Departamental De Carreto

Institución Oficial Aprobada Mediante Decreto N° 356 del 03 de Octubre de 2002

Emanado por la Secretaría de Educación Departamental

Preescolar - Básica Primaria, Básica Secundaria y Media de 0° a 11°

Nit. 819003903 - DANE: 2472583000001

Confiere a:

Dagoberto Orozco Díaz

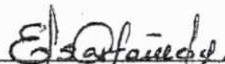
C.E. No. 96031023880 de El Piñón - Magdalena

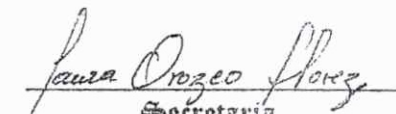
El Título de:

Bachiller Académico

Con énfasis en ciencias naturales y medio ambiente

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de educación media académica, según los planes y programas vigentes del Proyecto Educativo Institucional


Rectora


Secretaria

REPÚBLICA DE COLOMBIA



INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL DE CARRETO

Aprobado mediante decreto 356 del 3 de octubre de 2002

DANE: 247258000001

NTT: 819003903-0

Email: inedecmag@gmail.com Celular: 3135121827

ACTA DE GRADO

En el Corregimiento de Carreto Magdalena a los 20 días del mes de Junio del 2013, atendiendo a lo dispuesto en el numeral del artículo 24 del decreto 1860 del 3 de agosto de 1994, se reunieron con el fin de formalizar la graduación del alumno del último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría de la Institución Educativa Departamental De Carreto, modalidad académica, Institución aprobada hasta grado once en el nivel de educación media y autorizada por la Secretaría De Educación Departamental, para otorgar el título de bachiller en la modalidad académica, según decreto N° 356 del 3 de Octubre del 2002.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el título de bachiller académico al graduando cuyo número de orden, nombre, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación.

N°

Nombre

254

DAGOBERTO OROZCO DIAZ

Documento de identidad T. I. N° 96031023880 De El Piñón Magdalena

Acta original N° 014 de fecha Junio 20 del 2013, que consta de 1 alumno graduado, comienza con el nombre de Dagoberto Orozco Díaz y se cierra con el nombre de Dagoberto Orozco Díaz.

Firmado por Elsa Esther Castañeda De La Cruz Rectora y Laura Orozco Florez Secretaria

Dada en Carreto Magdalena a los 20 días del mes de Junio del 2013.

En constancia se firma la presente por quien en ella intervino en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 11 del decreto 1860 del 3 de agosto de 1994.

República de Colombia



La Corporación Bolivariana del Norte

Personería Jurídica No. 197 de 1995 - Gobernación del Magdalena

Certifica que

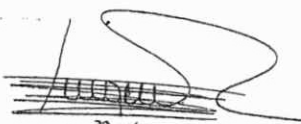
Dagoberto Orozco Díaz

C.C. 1079938852 Pivijay

Aprobó sus estudios y cumplió con todos los requisitos legales e institucionales para recibir el presente Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias que lo acredita como Técnico Laboral en

Auxiliar en Enfermería

En testimonio de lo expuesto se expide en Santa Marta, Magdalena, a los
6 días del mes de julio de 2019



Rector



Secretario General



Director Académico

Registrado en el Folio No. 6612 del Libro de Actas No. 10 fecha 06/07/2019





ACTA DE GRADO 10-6612-19

EL SUSCRITO RECTOR DE LA
CORPORACIÓN BOLIVARIANA DEL NORTE

CERTIFICA

Que: El Consejo Directivo en su sesión del día veintiocho (28) de junio del dos mil diecinueve (2019), en cumplimiento de lo establecido en los artículos 42 y 90 de la Ley 115 de 1994, en el Artículo 2 de la Ley 1064 de 2006 y en el Decreto 1075 de 2015, y

CONSIDERANDO

Que: **DAGOBERTO OROZCO DIAZ**, identificado con la cédula de ciudadanía número 1079938852 expedida en Pivijay, cumplió con todos los requisitos legales e institucionales para la culminación satisfactoria de sus estudios,

RESUELVE

Otorgarle el Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias
que lo acredita como Técnico Laboral en:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Intensidad 1800 horas

En nombre y representación de la Corporación Bolivariana del Norte y previo juramento de rigor, en solemne ceremonia de grado, el Rector hizo entrega del Diploma correspondiente, registrado en el Libro de Actas de Grado N° 10, Folio N° 6612.

En testimonio de lo anterior se firma la presente en el Distrito Turístico Cultural e Histórico de Santa Marta, el día seis (6) de julio del dos mil diecinueve (2019).


CARLOS QUINTERO LOZANO
Rector





República de Colombia
Gobernación del Magdalena



GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA

22/7/2019 Folios: 1

Origen: 1012/RPSS/REGISTROS

PROFESIONALES SECRETARÍA DE SALUD

Destinatario: DAGOBERTO ORTIZ IBÁÑEZ



E-2019-012390

RESOLUCIÓN Nro. 47 230

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) **DAGOBERTO OROZCO DIAZ** identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 1,079,938,852, expedida Pivijay-Magdalena, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACION** para desempeñarse como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**, según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS, otorgado por LA CORPORACION BOLIVARIANA DEL NORTE - CBN, con Acta de Grado No. 10-6612-19 del 06 de Julio de 2019.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes:

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **DAGOBERTO OROZCO DIAZ**, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 1,079,938,852, expedida en Pivijay-Magdalena, para desempeñarse como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**, en el territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

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

ANSELMO HOYOS FRANCO
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

Proyecto: Martha Vásquez M.

"Magdalena Social es La Vía"

Carrera I No. 16-15 Palacio Tayrona - Código Postal 470004

E-mail: contactenos@magdalena.gov.co

PBX: 5 - 4381144

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1079938852	DAGOBERTO		OROZCO	DIAZ	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) DAGOBERTO OROZCO DIAZ identificado(a) con CC 1079938852 registra la siguiente información:

2023-05-14--10:05:08 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR EN ENFERMERIA	2019-07-23	472303	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 Secretaria de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).



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

Certifica

Dagoberto Orozco Díaz

CC 1079938852 de Pivijay - Magdalena

Realizó y aprobó el Diplomado en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual con enfoque dif
- Código Fucsia / Sentencia C-055-2022
con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-12

Fecha de vencimiento: 2024-12-12



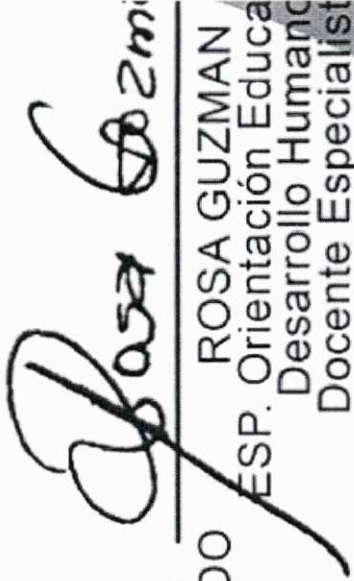
FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestraenoradelaesperanza



ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa
Desarrollo Humano
Docente Especialista



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

Certifica

Dagoberto Orozco Díaz

CC 1079938852 de Pivijay - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Soporte Vital Básico RCCP (BLS)
con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-12

Fecha de vencimiento: 2024-12-10



FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestraenora delaesperanza



ING. SOLANLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBY STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa
Desarrollo Humano
Docente Especialista



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

Certifica

Dagoberto Orozco Díaz

CC 1079938852 de Pivijay - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Proceso manejo del Duelo Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-08-01

Fecha de vencimiento: 2024-08-01



FUNDACIÓN NUESTRA

SEÑORA DE LA ESPERANZA

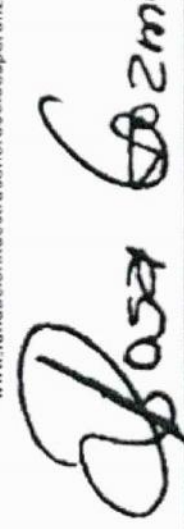
verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestraenoradelaesperanza.org



ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa
Desarrollo Humano
Docente Especialista



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

Certifica

Dagoberto Orozco Díaz

CC 1079938852 de Pivijay - Magdalena

Realizó y aprobó el Diplomado en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos
Decreto 1033 de 2014.
con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2022-08-01

Fecha de vencimiento: 2024-08-01



FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestraesnoradelaesperanza.org



ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBY STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa
Desarrollo Humano
Docente Especialista

TIPO CERTIFICACIÓN				
1. INGRESO [X]	2. PERIODICO []	3. RETIRO []	4. CONTROL []	5. POST INCAPACIDAD []
6. REUBICACION []	7. CASO OCUPACIONAL []	8. TRAB. EN ALTURAS []	9. ESPACIOS CONFINADOS []	10. MANIPULACION DE ALIMENTOS []

DATOS DEL PACIENTE		
FECHA: 10/03/2022	EMPRESA: PARTICULARES SO	
NOMBRE: DAGOBERTO OROZCO DIAZ	DOC. IDENTIDAD: CC 1079938852	
CARGO: AUXILIAR	EDAD: 26 AÑOS	

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS**1) EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

EXAMEN DE INGRESO		
CONCEPTO	SI	NO
1. ENFASIS OSTEOMUSCULAR APTO	[X]	[]
2. APTO PARA EL REQUERIMIENTO DEL CARGO DE LA EMPRESA O CONTRATISTA	[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]

-FOMENTAR HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES CON ENFASIS EN AUTOCUIDADO, PAUSAS ACTIVAS DIARIAS Y USO DE EPP PROPIOS A CARGO

-SE RECOMIENDA MANTENER TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD GENERALES Y ESPECIFICAS SEGUN PROCESO PRODUCTIVO Y SECTOR ECONOMICO, EN ATENCION A LOS LINEAMIENTOS DE AUTORIDADES COMPETENTES COMO MINISTERIO DE TRABAJO, SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN EL MARCO DE LA PANDEMIA ACTUAL POR SARS-COV-2 Y SU ENFERMEDAD COVID-19

NO PRESENTA MORBILIDAD PREEXISTENTE QUE PUEDA AGRAVAR POR UNA INFECCION POR COVID-19 A LA FECHA, SEGUN CIRCULAR EXTERNA 30 DEL 8 DE MAYO DEL 2020 DEL MINISTERIO DE TRABAJO.

SE SUGIERE SEGUIR LOS LINEAMIENTOS Y RECOMENDACIONES ESTABLECIDOS POR EL GOBIERNO NACIONAL Y AUTORIDADES COMPETENTES COMO MINISTERIO DE TRABAJO Y SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL PARA PREVENIR EL CONTAGIO Y PROPAGACION DEL COVID 19 TALES CON EL USO DE TAPABOCAS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, LAVADO DE MANOS COMPLETA Y CONSTANTE, VESTIMENTA ADECUADA ENTRE OTRAS MEDIDAS.

Jesús Corzco Sierra
MEDICO
C.C. 1.082.906.610
Reg 4468712014
130 1844

JESUS ABRHAN CORZZO SIERRA
CC 1082906610
MEDICO OCUPACIONAL
TP. 1082906610
RS. 1082906610

Dagoberto O

DAGOBERTO OROZCO DIAZ
CC 1079938852
DECLARO QUE TODOS LOS DATOS REGISTRADOS
CORRESPONDEN A LA VERDAD

SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA

CARRERA 5 N 26B-23 3187117423

Email: saludocupacional@olimpuslab.com

Fecha de Impresión: 10/03/2022 - 14:24



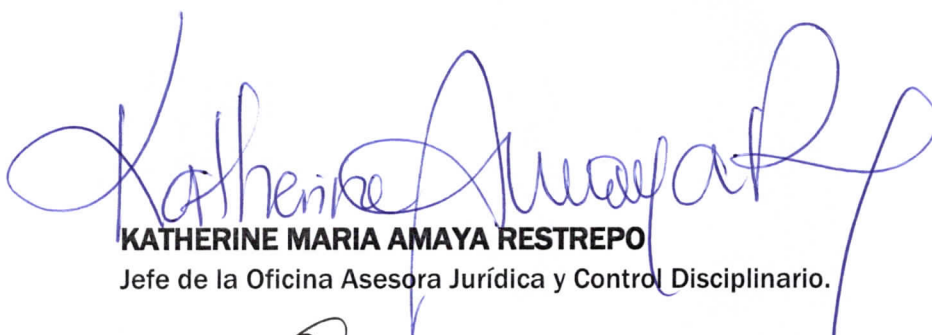
CAPTURA BIOMETRICA

**LA SUSCRITA 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 el archivo de la entidad, se encontró que el señor **DAGOBERTO OROZCO DIAZ**, identificado con cedula de Ciudadanía No. **1.079.938.852** expedida en Pivijay (Magdalena), presta los servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** de la E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE". desde el 07 de abril de 2022, mediante la modalidad de contratos de prestación de servicios, con una consignación mensual de UN MILLON OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$1.800.000).

La presente Certificación se expide por solicitud del interesado, a los dos (02) días del mes de junio de 2023.



KATHERINE MARIA AMAYA RESTREPO

Jefe de la Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.


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

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 1079938852 **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 07/09/2023 09:17 PM

Dirección de Gobierno Digital

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	09/03/22	OPX20008	Belkys M
	2	09/03/22		
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación
o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos



La salud
es de todos

Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

Dagoberto

Apellidos:

Orozco Diaz

Documento
de identidad:

C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 1079938852

Fecha de
nacimiento:

Día 10 Mes 03 Año 1996



Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DAGOBERTO		OROZCO	DIAZ

Documento de identificación	
Tipo <input type="text" value="CEDULA DE CIUDADANIA"/>	Número <input type="text" value="1079938852"/>

Lugar de nacimiento			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="MAGDALENA"/>	Municipio <input type="text" value="EL PIÑÓN"/>	

Lugar de domicilio			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="MAGDALENA"/>	Municipio <input type="text" value="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	<input type="text" value="ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE"/>	
Lugar de sede		
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="MAGDALENA"/>	Municipio <input type="text" value="SANTA MARTA"/>
Dirección	<input 14="" 23-42="" alcazares"]"="" carrera="" no.="" type="text" value="["/>	
Cargo o función que cumple	<input type="text" value="TÉCNICO AREA SALUD"/>	

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$1.200.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$0,00
Gastos de representación	\$0,00
Arriendos	\$0,00
Honorarios	\$8,00
Otros ingresos y rentas	\$0,00
TOTAL	\$1.200.008,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA CORRIENTE	COLOMBIA	\$0,00
CUENTA CORRIENTE	COLOMBIA	\$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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:

--

CERTIFICADO DE AFILIACION DE CAJACOPI EPS SAS

Que, el usuario (a) OROZCO DIAZ DAGOBERTO , identificado(a) con cédula ciudadanía número 1079938852, aparece registrado (a) con la siguiente información:

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION:	CC 1079938852
NOMBRES Y APELLIDOS:	OROZCO DIAZ DAGOBERTO
TIPO DE AFILIADO:	COTIZANTE
ESTADO DE AFILIACIÓN:	ACTIVO
FECHA DE INGRESO A CAJACOPI EPS SAS:	20/11/2020
FECHA RETIRO CAJACOPI EPS SAS:	
DISCAPACIDAD:	NINGUNA
REGIMEN:	CONTRIBUTIVO

Información del Aportante:

DOCUMENTO	RAZÓN SOCIAL	FECHA INICIO	FECHA FIN	ESTADO
1079938852	OROZCO DIAZ DAGOBERTO	20/11/2020	30/12/2020	RETIRADO
1079938852	OROZCO DIAZ DAGOBERTO	01/04/2022		ACTIVO

SUBDIRECCIÓN NACIONAL OPERACIONES
 Fecha de generación: 04/09/2023
 Código de verificación: AFMH202200000429798
 Generado por: tatiana.quintero

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADO

 Línea nacional: 018000111446

 Correo: contacto@cajacopieps.com

 www.cajacopieps.com



**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:

DAGOBERTO OROZCO DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.079.938.852**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 4 de Septiembre del 2023.

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.

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos. DAGOBERTO OROZCO DIAZ												Sexo							
												M	X	F					
Tipo de Documento				Número				Expedida en				Fecha de Expedición							
C.C.	X	C.E.	T.I.	R.C.	PP	1079.938.852				PIVUAY				13/05/2014					
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda		Zona Ubicación					
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	0		Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbano				
X							X					X			X				
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad				Departamento					
10			3			1996			EL PIÑON			MANZANA 5 CASA 195 CIUDAD EQUIDAD				SANTA MARTA		MEGDALENA	
Correo Electrónico												No. Celular		Telefono					
DAGOOROC01996@GMAIL.COM												3206770129							
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU							
Estudiante	Independiente	X	Empleado	Hogar	Jubilado					8				6	9	2			
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				
HUJMB		Publica	X	Privada	Mixta	Otra, cual?	AUXILIAR DE ENFERMERIA			
Dirección de empresa o negocio		Ciudad				Barrio		No. Teléfono		
KRA 14 NUMERO 14-42 ALCAZARES		SANTA MARTA				ALCAZARES				
Maneja dinero del Estado o esté expuesto públicamente?								SI	NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

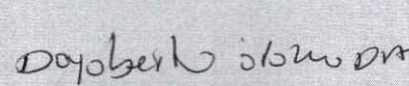
Total Ingresos Mensuales: 1,800,000				Total Egresos mensuales: 1,500,000			
Otros Ingresos Mensuales				Otros Egresos Mensuales			
Total Activos				Total Pasivos			
Mes y año de corte de la información financiera suministrada		Mes	Año	Es declarante?		SI	NO
Es servidor Público? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico? NO							
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP? NO							
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: NO							

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 efectúe transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche o a quien 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 consignarán de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento 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 Méndez Barreneche S.A.

 	
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	