| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche | LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL | CODIGO: GJC12F<br>VERSION: 04<br>FECHA DE ULTIMA REVISION:9/12/2022<br>PAGINA 1 de 1 |
|---|---|---|

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Loly Andrea Ramirez Navarro, Identificado con Cédula No. 1042415641 y Profesión _____ **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:** Loly Ramirez Navarro

| | LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN: | SI | N/A |
|---|---|---|---|
| 1 | Estudio de Necesidad y Oportunidad | ✓ | |
| 2 | Cedula de Ciudadanía | | |
| 3 | Lista de Chequeo para Inducción de puesto de trabajo (Entregado Por el área de supervisión) | | |
| 4 | Registro Proveedores - Persona Natural (**REGISTRARSE EN https://slji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php** | | |
| 5 | Propuesta de Servicios | | |
| 6 | Certificado antecedentes Procuraduría (**fecha vigente — no superior a 30 días**) | | |
| 7 | Certificado antecedentes Contraloría (**fecha vigente — no superior a 30 días**) | | |
| 8 | Certificado antecedentes Policía Nacional (**fecha vigente — no superior a 30 días**) | | |
| 9 | Certificados antecedentes del sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia (**fecha vigente — no superior a 30 días**) | | |
| 10 | Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**) | | ✓ |
| 11 | Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**) | | ✓ |
| 12 | RUT - Registro Único Tributario | ✓ | |
| 13 | Hoja de Vida — Función publica | ✓ | |
| 14 | Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**) | ✓ | |
| 15 | Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – MES actual).** | ✓ | |
| 16 | Convalidación de Título (**Médicos y Médicos Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.** | | ✓ |
| 17 | Resolución departamental para ejercer profesión - (**personal asistencial**) | ✓ | |
| 18 | Tarjeta Profesional | ✓ | |
| 19 | RETHUS (**Personal Asistencial en general**) | ✓ | |
| 20 | Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**) | | ✓ |
| 21 | Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**). | ✓ | |
| 22 | Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | ✓ | |
| 23 | Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | ✓ | |
| 24 | Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | ✓ |
| 25 | Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | ✓ |
| 26 | Certificado de Curso en **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas) | ✓ | |
| 27 | 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*. | | ✓ |
| 28 | 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*) | ✓ | |
| 29 | 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.* | | ✓ |
| 30 | Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***). | | ✓ |
| 31 | Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | ✓ |
| 32 | 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)** | ✓ | |
| 33 | Soporte de experiencia laboral. | ✓ | |
| 34 | Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial) | ✓ | |
| 35 | Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web (**https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth**) | ✓ | |
| 36 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días) | ✓ | |
| 37 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días) | ✓ | |
| 38 | Certificado ARL (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días) | ✓ | |
| 39 | Certificado **SARLAF** – PERSONA NATURAL - https://hujmb.gov.co/wp-content/uploads/proveedores/FINC4F%20FORMATO-VINCULACION%20PERSONA%20NATURAL.xlsx | ✓ | |

**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 de: _____

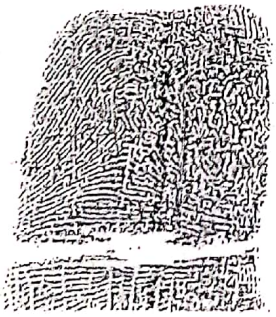
Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.042.425.641
RAMIREZ NAVARRO
APELLIDOS
LOLY ANDREA
NOMBRES

Loly A. Ramirez Navarro
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-SEP-1987
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.50 | O+ | F |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

09-DIC-2005 SOLEDAD
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

R-2100100-00324018-F-1042425641-20110818 0027777360A 1 37172350

Powered by CamScanner

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1042425641**

Resultados encontrados:

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1042425641 | RAMIREZ | NAVARRO | LOLY | ANDREA | 2022-03-04, 6:19 pm |

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 1042425641 | RAMIREZ | NAVARRO | LOLY | ANDREA | 2022-12-11, 2:15 pm |

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

SANTA MARTA 09 DE ENERO 2023

**DOCTOR**
**JOSE RAFAEL DOMIGUEZ AYALA**
**GERENTE**
**(E.S.E) HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**
**E. S. E.**

RESPETUOSO SALUDO

Muy comediante le presento a usted mi propuesta de trabajo como EMFERMERA JEFE en la cual me ha desempeñado, cumpliendo a cabalidad con Todas las funciones que me has asignado durante dicho periodo de institución.

espero cumplir con el perfil que se necesite y de antemano agradezco colaboración
Que tenga a la presente.

**ATENTAMENTE:**

Loly Andrea Ramirez Navarro.

**LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO**
**CC: 1.082.425.641 DE SOLEDAD**

Powered by CamScanner

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 | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Ramirez | Navarro | Loly Andrea |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (✓) C.E ( ) PAS ( ) No. 1042425641

SEXO: F (✓) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (✓) EXTRANJERO ( ) PAÍS: Colombia

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 06 MES 09 AÑO 1987

PAÍS: Colombia

DEPTO: Magdalena

MUNICIPIO: Santa Marta

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Manzana 70 casa 13 ciudadela 29 de julio

PAÍS: Colombia DEPTO: Magdalena

MUNICIPIO: Santa Marta

TELÉFONO: 3173877523 EMAIL: lorana06@hotmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA )

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 |
| | | | | | | | | | | |

TÍTULO OBTENIDO: Bachiller comercial

FECHA DE GRADO: MES 12 AÑO 2004

***EDUCACION 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 SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| UN | 8 | ✓ | | Enfermeria | 03 | 2012 | 42068 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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

Powered by CamScanner

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 |
|---|---|---|---|
| HUJMB | ✓ | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 27 MES 10 AÑO 2020 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Enfermera jefe | unidad cuidado crítico | Cr 14 # 23-42 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Perfect body Medical Center | | ✓ | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Magdalena | Santa Marta | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 4217902 | DÍA 01 MES 12 AÑO 2015 | DÍA 30 MES 11 AÑO 2019 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

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

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| *OCUPACIÓN* | *TIEMPO DE EXPERIENCIA* | |
|---|---|---|
| | *AÑOS* | *MESES* |
| *SERVIDOR PÚBLICO* | 2 | 24 |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | 4 | 48 |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | 6 | 72 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Santa Marta

Lola Andrea Ramirez Navarro.

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 6 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*



Powered by CamScanner

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre el

# Colegio Nuestra Señora de Fátima

Autorizado por la Secretaría de Educación del Departamento del Atlántico
Según Resolución No. 312 del 15 de Abril de 2002

Confiere a

## Ramírez Navarro Dolores Magdalena

Identificado (a) con T.I. No. 8709)6-51755 SANTA MARTA

el Título de:

# Bachiller Comercial

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel
de Educación Media, (Artículo 28 Ley 115 de 1994);
según los planes y programas vigentes

Capitán Sonia López Ardila
Rectora

Mónica Cuervo López
Secretaria Académica

Registro Interno No. 068 Acta No 05

Dado en Soledad Atlántico el 7 de Diciembre de 2004

No requiere ser registrado en la Secretaría de Educación
de conformidad con Decreto 921 de 6 de Mayo de 1.994

Powered by CamScanner

# Acta Individual de Grado

## Colegio Nuestra Señora de Fatima

### Calle 30 Via Aeropuerto - Soledad

Inscripción S.E. 009

Dane: 108758001852

En la ciudad de Soledad, al séptimo (7) dia del mes de Diciembre de 2004 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria Académica, en la oficina de Rectoría del Colegio Nuestra Señora de Fátima, Institución aprobada en el nivel de Educación Media Académica; y autorizada por la Secretaría de Educación del Atlántico, para otorgar el título de Bachiller Comercial, según Resolución No. 312. del 15 de Abril de 2002.
Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Comercial se procedió a otorgar el título de:

# Bachiller Comercial

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

DOLORES MAGDALENA RAMIREZ NAVARRO
IDENTIPICADA CON T.I. No. 870906-51755 SANTA MARTA

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. de fecha 7 de Diciembre de 2004 que consta de alumnos graduados, comienza con el nombre de SUSAN JHOANA AGUIRRE CASTILLO cierra con el nombre de NESTOR AGUSTIN ZORRO BRAVO

Firmada y Sellada por la Capitán Sonia López Ardila (Rectora) y Mónica Cuervo López (Secretaria Académica).

Dada en Soledad, a los (7) días del mes de Diciembre de 2004.

En constancia se firma por quienes intervinieron, en cumplimiento a lo ordenado en el artículo 7° de Decreto 180 de 1981.

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994

Capitán Sonia López Ardila
Rectora

Mónica Cuervo López
Secretaria Académica

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

# UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24193 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1830 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

## LOLY ANDREA RAMÍREZ NAVARRO

con cédula de ciudadanía No. 1.042.425.641 de Soledad
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

## ENFERMERA

En testimonio de ello le expide el presente diploma
y se firma en Santa Marta el día 23 de Marzo de 2012

Director(a) Sede

Rector

Gloria Patricia Ramos J
Secretario(a) General

Decano(a) de la Facultad

Registros y Diplomas

Folio No. 7 Libro de Registros No. 6 Registro No. 7227 Refrendado en Santa Marta el día 23 de Marzo de 2012

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

# UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

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

## Acta Individual de Graduación No. 1

PROGRAMA: ENFERMERÍA

CÓDIGO SNIES: 4176

FECHA: 23 DE MARZO DE 2012

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SEDE SANTA MARTA

En atención a que LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO
con cédula de ciudadanía No 1.042.425.641 de Soledad
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide
el título de ENFERMERA

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico de la Sede SANTA MARTA
mediante Acta No. 05 en sesión del día 27 de febrero de 2012

Para constancia se autorizó este título por parte del Rector, Director Académico de la Sede,
Decano de la facultad y la Secretaria General de la Universidad, así:

Rector: CÉSAR AUGUSTO PÉREZ GONZÁLEZ

Director(a) Académico de la Sede OMAR VARGAS VARGAS

Decano(a) Facultad MONICA CABALLERO ZAMBRANO

Secretaria General GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de SANTA MARTA el día 23 DE MARZO DE 2012

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretaria General

Powered by CamScanner

## *HACE CONSTAR QUE:*

La enfermera **LOLY ANDREA RAMÍREZ NAVARRO** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.042.425.641, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los quince (15) días del mes de diciembre del año dos mil veintidós (2022).

Cordialmente,

**EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ**
Abogada Secretaria

**GOBERNACION DEL MAGDALENA**
**SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD**
**DESARROLLO DE SERVICIOS**

**RESOLUCIÓN No. 47 1975**

"Por la cual se registra un título"

**LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA**

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgado por el Decreto 3134 de 1956 y

**CONSIDERANDO:**

Que el (la) Señor (a) **LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1.042.425.641, expedida en Soledad - Atlántico, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACIÓN** del ejercicio de su profesión según Título de **ENFERMERA**, que le otorgó, la **UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA** de Santa Marta - Magdalena, según Acta Individual de Graduación No .1 del 23 de Marzo de 2012. Diploma anotado al Folio No. 7 del Libro No. 6.

Que **LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO**, participó en el sorteo de plazas para Servicio Social Obligatorio realizado en la Secretaría Seccional de Salud del Magdalena el dia 19 de Octubre de 2012, dando cumplimiento a la Resolución No. 274 del 9 de Diciembre de 2011, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que una vez realizado el sorteo, **LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO**, no salió favorecido (a) quedando exonerado (a) de prestar el SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO.

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Autorizar a **LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1.042.425.641, expedida en Soledad - Atlántico, para ejercer la profesión de **ENFERMERA**, en el Territorio Nacional e inscribirlo (a) para laborar en el Departamento.

**ARTICULO SEGUNDO:** Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se autorizó el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

**COMUNIQUESE Y CUMPLASE**

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 08 NOV 2012

**ZANDRA LUCIA CASTAÑEDA LOPEZ**
**Secretaria Seccional de Salud del Magdalena**

Proyectó: Juana Molina - Profesional Universitario.

Revisó: María Luisa Pérez N. - Profesional Especializado.

**RESPETO POR EL MAGDALENA**

Powered by CamScanner

*GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA*
*SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD*
*DESARROLLO DE SERVICIOS*

**LA SUSCRITA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA**

**CERTIFICA:**

Que **LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO,** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.042.425.641 expedida en Soledad - Atlántico esta autorizada para ejercer como **ENFERMERA** en el territorio nacional mediante resolución No. 47- 1975 expedida por la Secretaría Seccional de Salud del Magdalena el 8 de Noviembre de 2012.

Que **LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO,** participó en el sorteo de plazas para Servicio Social Obligatorio realizado en la Secretaría Seccional de Salud del Magdalena el día 19 de Octubre de 2012, dando cumplimiento a la Resolución No. 274 del 9 de Diciembre de 2011, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que una vez realizado el sorteo, **LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO,** no salió favorecida quedando exonerada de prestar el Servicio Social Obligatorio.

El presente certificado se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Santa Marta, a los ocho (8) días del mes de Noviembre de 2012.

**ZANDRA LUCIA CASTAÑEDA LÓPEZ**
**Secretaria Seccional de Salud del Magdalena**

Proyectado por: María Luisa Pérez N. – Profesional Especializado

*RESPETO POR EL MAGDALENA*

Powered by CamScanner

**REPUBLICA DE COLOMBIA**

**REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERIA**

**Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC**



**NOMBRES** LOLY ANDREA

**APELLIDOS** RAMIREZ NAVARRO

**C.C.** 1.042.425.641 SOLEDAD

**UNIVERSIDAD** COOPERATIVA DE COLOMBIA

**RUN No.** 42068

**Fecha de Expedición** 10/FEBRERO/2015

Crear-ID.com

REGISTRADORA NACIONAL ANEC

Esta tarjeta es documento público, se expide de acuerdo con la Ley 266 de 1996 y es válida en todo el Territorio Nacional.

Si es encontrada por favor devolverla a ANEC Nacional
Carrera 27 No. 46 - 21 Piso 2°. Bogotá D.C.

Powered by CamScanner

# ReTHUS

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

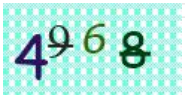
Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 1042425641

Primer Nombre *: loly

Primer Apellido *: ramirez

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

8768

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General -2023-02-08→11:39:53 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1042425641 | LOLY | ANDREA | RAMIREZ | NAVARRO | 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) LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO identificado(a) con CC 1042425641 registra La siguiente información:**

**2023-02-08→11:39:53 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | Enfermería | 2015-02-10 | | ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC |

**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).**

POLITECNICO DE SURAMERICA®
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768
del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín,
Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

# LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO

Con Documento de Identidad No 1042425641

**CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN**

**ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL**

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

**MEDELLÍN – DICIEMBRE – 22 DE 2019**
**Registrado en el Libro de Actas No 0020191222**
**CÓDIGO DE SEGURIDAD 191222S**

**Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda**
www.polisura.edu.co
*La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solitictud al correo matriculas@polisura.edu.co indicando el N° de acta con el cual se registra*

Powered by CamScanner

# Medicall

OTORGA A:

## LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO

**Cédula de ciudadanía:1042425641**

EL PRESENTE CERTIFICADO POR:

*Haber cumplido con todas las obligaciones correspondientes al respectivo plan de estudios, aprobando:*

## CURSO DE ATENCIÓN DE VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL

*72 Horas*

*Este certificado es expedido en la ciudad de Santa Marta a los un (1) días del mes de julio de 2022. La presente certificación se expide mediante el marco normativo para la educación informal y no conduce a título alguno o certificación de aptitud ocupacional.*

Dr. Carlos David Arango Pereira
Director de J&E Medicall

Dr. Jaime Luis Camargo Páez
Representante Legal

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

# *Certifica*

# *Loly Andrea Ramírez Navarro*

## *CC 1042425641 de Soledad - Atlántico*

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

Fecha de emisión: 2022-12-06
Fecha de vencimiento: 2024-12-06

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

# *Certifica*

# *Loly Andrea Ramírez Navarro*

## *CC 1042425641 de Soledad - Atlántico*

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

Fecha de emisión: 2022-12-08
Fecha de vencimiento: 2024-12-08

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

# *Certifica*

# *Loly Andrea Ramírez Navarro*

## *CC 1042425641 de Soledad - Atlántico*

Realizó y aprobó el Diplomado en el Manejo Integral en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI Adulto. con un total de 160 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-10
Fecha de vencimiento: 2024-12-10

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

# *Certifica*

# *Loly Andrea Ramírez Navarro*

## *CC 1042425641 de Soledad - Atlántico*

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-04
Fecha de vencimiento: 2024-12-04

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

LABORATORIO CLÍNICO
MARTINEZ

# CONCEPTO MÉDICO

**Motivo de consulta:** Ingreso

**Fecha de consulta:** 16/07/2022

## Información paciente



**Empresa:** SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR

**Empresa en misión:**

**Nombre completo:** LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO

**Identificación:** CC: 1042425641

**Responsable:** El mismo paciente

**Acompañante:** Ninguno

**Cargo:** ENFERMERA

**Fecha nacimiento:** 06/09/1987

**Edad:** 34

**Genero:** Femenino

**Estado civil:** Soltero

**Escolaridad:** Pregrado (Universitaria)

**Teléfono:**

**Dirección:** Magdalena. Santa marta,

**N° hijos:** 1

**ARL:**

**EPS:** EPS Sanitas

**AFP:** Porvenir S.A.

## Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

## Concepto de aptitud

Apto para la labor.

## Recomendaciones generales

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

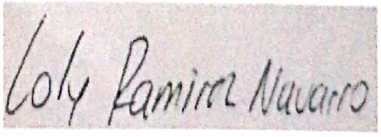
## Recomendaciones especificas

**HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. SEGUIMIENTO DE PATOLOGIAS DE BASE POR EPS**

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

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

*Aspirante o trabajador*
LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO
**Identificación:** CC: 1042425641






LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1995 DEL 2000

Powered by CamScanner

Perfect Body
medical center

Santa Marta D.T.C.H., 08 de noviembre de 2019

**A QUIEN PUEDA INTERESAR**

Perfect Body Medical Center Ltda., identificado con NIT 900.223.667-4, certifica que **LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO** identificado (a) con cédula de ciudadania **1.042.425.641** de Soledad, labora con esta entidad en el cargo de **Jefe de Enfermería**, con modalidad de contrato a término fijo inferior a un año, desde el 01-12-2015 hasta el hasta la fecha.

La presente certificación se expide a petición del solicitante a los 08 dias del mes de noviembre del año 2019

Cordialmente,

Perfect Body
NIT. 900.223.667 - 4

ADRIANA LIZCANO ALVAREZ
RECURSOS HUMANOS
Tel: 4217902 Ext: 505

Carrera 20 # 15-110 Barrio Jardin - Santa Marta D.T.C.H.
PBX: (5)4217901 Tel: 4217902
NIT: 900.223.667-4
www.perfectbody.com.co - info@perfectbody.com.co

Powered by CamScanner

| Vacuna nombre comercial | Biológico | Dosis | Fecha de aplicación Dia | Mes | Año | Número de lote | Fecha próxima cita Dia | Mes | Año | Nombre del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Virus del Papiloma Humano | 1a | | | | | | | | |
| | | 2a | | | | | | | | |
| | | 3a | | | | | | | | |
| | Pentavalente: Difteria,Tétanos, Tosferina, Hepatitis B, Haemophilus influenza tibo B+ Polio (Acelular) | 1a | | | | | | | | |
| | | 2a | | | | | | | | |
| | | 3a | | | | | | | | |
| | Sarampión, Rubéola, y Paperas | Única | | | | | | | | |
| | Sarampión, Rubéola, Paperas y Varicela | 1a | | | | | | | | |
| | | 2a | | | | | | | | |
| | Varicela | 1a | | | | | | | | |
| | | 2a | | | | | | | | |
| | Difteria, Tétanos y Tosferina | Única | | | | | | | | |
| | Hepatits A | 1a | | | | | | | | |
| | | 2a | | | | | | | | |
| | | 3a | | | | | | | | |
| | Hepatitis B Recombivax B | 1a | 28 | 12 | 2018 | UFX13005 | | | | Luz Zaragoza Falcón |
| | | 2a | 14 | 03 | 2019 | UFX18007 | | | | |
| | | 3a | 26 | 10 | 2019 | UFX19001 | | | | |
| | Hepatitis A +Hepatitis B | 1a | | | | | | | | |
| | | 2a | | | | | | | | |
| | | 3a | | | | | | | | |
| | Neumococo | 1a | | | | | | | | |
| | | 2a | | | | | | | | |
| | | 3a | | | | | | | | |
| | Influenza | Única | 10 | 09 | 2018 | B5021509 Green Cross | | | | Leonor |
| | Tétanos | 1a | | | | | | | | |
| | | 2a | | | | | | | | |
| | | 3a | | | | | | | | |
| | Varicela | 1a | | | | | | | | |
| | | 2a | | | | | | | | |

Profamilia

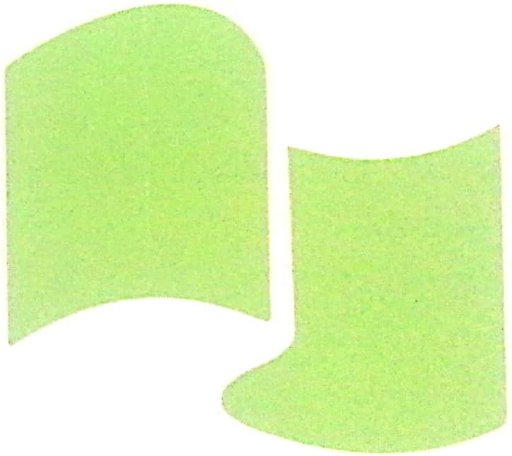
Pensando en ti

Línea gratuita nacional 01 8000 110 900

www.profamilia.org.co

Profamilia

Pensando en ti



## Certificado de vacunación

Nombres: Lady Andrea

Apellidos: Ramirez Navarro

Documento de identidad: CC TI 1042425641

Fecha de nacimiento: 6 - 9 - 1987

día/mes/año

FUNCIÓN PÚBLICA

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

| Tipo de declaración | PERIÓDICO | Fecha de publicación | 2023-02-17 10:26 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| LOLY | ANDREA | RAMIREZ | NAVARRO |

Documento de identificación

| Tipo | Número |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA | 1042425641 |

Lugar de nacimiento

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | MAGDALENA | SANTA MARTA |

Lugar de domicilio

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | MAGDALENA | SANTA MARTA |

| Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje | HOSPITAL UNIVESITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
|---|---|

Lugar de sede

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | | |

| 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 último año gravable fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $2.600.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $0,00 |
| Gastos de representación | $0,00 |
| Arriendos | $0,00 |
| Honorarios | $0,00 |
| Otros ingresos y rentas | $0,00 |
| TOTAL | $2.600.000,00 |

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

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

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

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

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

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

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

### 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

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

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

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

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

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

| |
|---|
| |

## 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

## 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

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

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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

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

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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

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

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

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

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

# ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

**Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud**

**Resultados de la consulta**

## Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1042425641 |
| NOMBRES | LOLY ANDREA |
| APELLIDOS | RAMIREZ NAVARRO |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | MAGDALENA |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA |

## Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. | CONTRIBUTIVO | 10/08/2021 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

**Fecha de Impresión:** | 02/09/2023 08:55:04 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

**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:

**LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.042.425.641**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Febrero del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**POSITIVA**
**Compañía de Seguros S.A.**
**N.I.T 860.011.153-6**

**CERTIFICA**

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO, identificada con Cédula Ciudadanía No. 1042425641 contratista de la empresa HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, con Nit No. 891780185. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 01/01/2023, para el contrato registrado con fecha desde 01/01/2023 y fecha hasta 28/02/2023, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 3.

Recuerde que una vez cumplida la fecha indicada en el presente certificado, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301012245826.

Dada en Bogotá, a los 8 días del mes de febrero de 2023

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

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



Impreso por Internet el 08/02/2023 10:37:32 p. m.
ISCDC: 08/02/2023 10:37:32 p. m.

| HUJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO | FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL | CODIGO: FINC4F<br>VERSION: 002<br>FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021 |
|---|---|---|

| Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación |
|---|---|---|
| SANTA MARTA | HUJMB | 27/10/2020 |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| Nombres y Apellidos: LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO | | | | | | | | | | | | | Sexo | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | M | | F | X |

| Tipo de Documento | | | | | | | | | | Número | Expedida en | Fecha de Expedición |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. | X | C.E | | T.I | | R.C | | PP | | 1.042.042.641 | SOLEDAD | 9/12/2005 |

| Estado Civil (Seleccione) | | | | | Nivel educativo | | | | No. Personas a cargo | Tipo de Vivienda | | | Zona Ubicación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Soltero | Casado | Divorciado | U. libre | Viudo | Primaria | Bachiller | Técnico | Universidad | | Propia | Arrendada | Familiar | Rural | Urbano |
| | | | X | | | | | X | | | | X | | |

| Fecha nacimiento | | | Lugar de Nacimiento | Direccion Domicilio | Municipio / Ciudad | Departamento |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 | 9 | 1987 | SANTA MARTA | MANZANA 70 CASA 13 CIUDADELA 29 DE JULIO | SANTA MARTA | MAGDALENA |

| Correo Electrónico | No. Celular | Telefono |
|---|---|---|
| LORANA06@HOTMAIL.COM | 3173877523 | 3103389883 |

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

| Detalle Actividad Económica | Descripción del CIIU |
|---|---|
| ENFERMERA | |

## 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? | ENFERMERA |

| Dirección de empresa o negocio | Ciudad | Barrio | No. Teléfono |
|---|---|---|---|
| CARRERA 14 # 23 - 42 | SANTA MARTA | ALCAZERES | 4365007 |

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

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| Total Ingresos Mensuales 2.600.000 | Total Egresos mensules: 2.000.000 |
|---|---|
| Otros Ingresos Mensules | Otros Egresos Mensuales |
| Total Activos | Total Pasivos |

| Mes y año de corte de la información financiera suministrada | Mes | Año | Es declarante? | SI | | NO | x |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

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

## 4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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

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

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



Loly Andrea Ramirez Navarro

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

Powered by CamScanner