

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.082.984.612
CASTRO CARDOZO
APELLIDOS
LORAINE
NOMBRES
Loraine Castro Cardozo
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-MAR-1994
CARTAGENA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
14-JUN-2012 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

P-2100100-00423552-F-1082984612-20130131 0032311772A 1 38722095

LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

CODIGO: GJC16F
VERSION: 05
FECHA DE ULTIMA REVISION: 1/06/2023
PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO,**LORAINE CASTRO CARDOZO**, Identificado con Cédula No. **1082984612** y Profesión **MEDICO** AUTORIZO que elHOSPITAL 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 acontinuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: 

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía	X	
3	Lista de Chequeo para Inducción de puesto de trabajo (Entregado Por el área de supervisión)	X	
4	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://hujmb.com/siji/proveedores/pnatural.php	X	
5	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	
6	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo)	X	
7	Propuesta de Servicios	X	
8	Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)		
9	Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)		
10	RUT - Registro Único Tributario	X	
11	Hoja de Vida — Función publica (SIGEP II)	X	
12	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)	X	
13	Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (fecha vigente – MES actual).	X	
14	Convalidación de Titulo (Médicos Generales y Especialistas) — Certificado Emitido por el Ministerio deEducación Nacional.		
15	Resolución departamental para ejercer profesión - (Personal Asistencial)	X	
16	Tarjeta Profesional	X	
17	RETHUS (Personal Asistencial en general)	X	
18	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde $250.000.000 millones de pesos. (Médicos yEspecialistas)	X	
19	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (Personal Asistencial).	X	
20	Certificado de curso SOPORTE VITAL BASICO - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, (Vigencia noSuperior a DOS (02) años).	X	
21	Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras y Médicos, (Vigencia no Superior a DOS (02)años).	X	
22	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico -- PALS (Pediatras) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
23	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — NALS (Neonatólogo) (Vigencia no Superior a DOS (02)años).		
24	Certificado de Curso de CUIDADOS INTENSIVOS (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)	X	
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOSPALIATIVOS - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*.	X	
26	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la GESTIÓN DEL DUELO (Personalasistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)	X	
27	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.*	X	
28	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*).	X	
29	Curso de PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia), (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
30	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)	X	
31	Soporte de experiencia laboral.	X	
32	Vacunas (HEPATITIS B) (todo el personal asistencial)	X	
33	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)	X	
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (INDEPENDIENTE – fecha no superior a 30 días)	X	
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE – fecha no superior a 30 días)	X	
36	Certificado SARLAF – PERSONA NATURAL - https://www.hujmb.com/wp-content/uploads/2021/12/FINC4F-FORMATO-VINCULACION-PERSONA-NATURAL-3-1.xlsx	X	

Verificar Registro Unico de Proveedores - Persona Natural

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación:
1082984612

Resultados encontrados:

1	1082984612	CASTRO	CARDOZO	LORAINE	02/09/21

© 2021 - Todos los Derechos Reservados Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche E.S.E.

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA DE BASE DE DATOS**	CODIGO: GJC18F VERSION: 01 FECHA DE ULTIMA REVISION: 02/06/2023 PAGINA 1 de 1

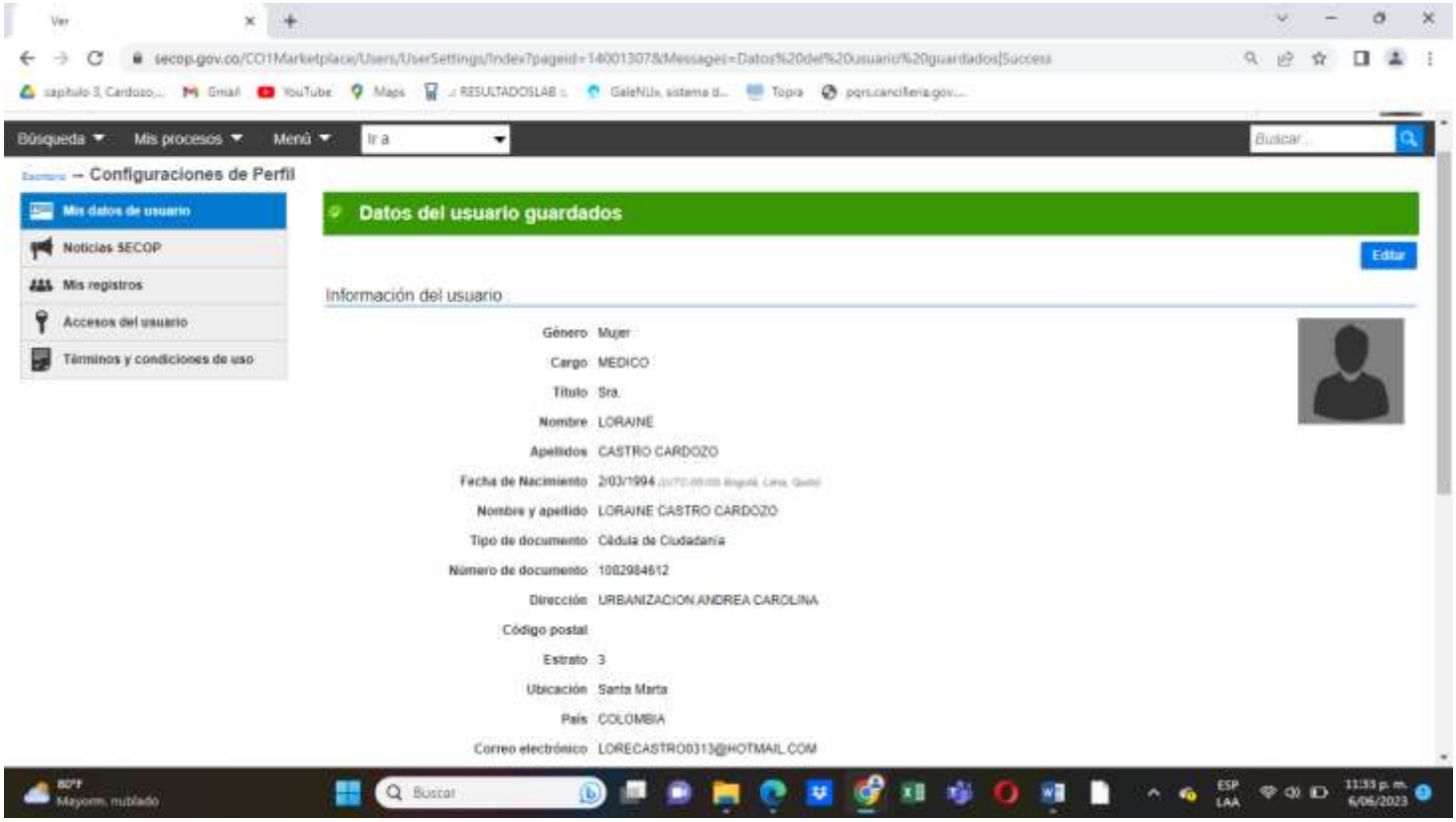
El(la) suscrito(a)LORAINE CASTRO CARDOZO identificado con C.C./C.E./P.P No.1082984612 expedida en SANTA MARTA , autorizo libre,expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados enla Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (Certificado de Antecedentes Fiscales – Contraloría General de laRepública, Certificado de Antecedentes Disciplinarios – Procuraduría General de la Nación, Consulta de Antecedentes Judiciales – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - Consulta deInhabilidades 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 especialla 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 Junio de 2023.

Firma
Nombre **LORAINE CASTRO CARDOZO**
Cedula **1082984612**

COPIA CONTROLADA


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 Mujer
Cargo MEDICO
Título Sra.
Nombre LORAINE
Apellidos CASTRO CARDOZO
Fecha de Nacimiento 2/03/1994
Nombre y apellido LORAINE CASTRO CARDOZO
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
Número de documento 1082984612
Dirección URBANIZACION ANDREA CAROLINA
Código postal
Estrato 3
Ubicación Santa Marta
País COLOMBIA
Correo electrónico LORECASTRO0313@HOTMAIL.COM
Buscar
ESP
LAA
6/06/2023

Santa Marta, Magdalena
07-JUNIO-2023

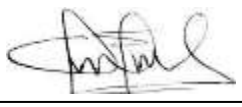
GERENTE
GERMÁN VARGAS MOSQUERA
Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche

Asunto: Propuesta De Servicio

Cordial saludo:

La presente es con el fin de darle a conocer mis servicios como Medico, formación que obtuve de la universidad Cooperativa de Colombia, dispuesta a laborar en las distintas áreas en las que se permite el desempeño como médico general, la cual pongo a su servicio, ya que estoy interesada en conformar su equipo de profesionales y ser parte de su estrategia de trabajo. Sería un placer para mí poder ampliar la información sobre mi formación profesional y mis competencias.

Creo que mi perfil le puede interesar y que puedo serles útil, ya que poseo capacidad de Trabajo en equipo, soy Proactiva con disposición al cambio y fácil adaptación.

Atentamente 

LORAINE CASTRO CARDOZO
CC. 1,082,984,612

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14726990770

(415)7707212489984(8020) 000001472699077 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 2 9 8 4 6 1 2	9	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 2 9 8 4 6 1 2	2 0 1 2 0 6 1 4

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASTRO	CARDOZO	LORAINE	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: URB ANDREA CAROLINA MZ 9 CA 29

42. Correo electrónico: lorecastro0313@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 6 1 1 3 0 9 6	4 3 5 8 0 7 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 6 2 1	2 0 1 8 0 9 0 7					

Ocupación	
51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2020 - 12 - 09 / 16 : 03: 02

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: CASTRO CARDOZO LORAINE
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 06-02-2023 03:40:12PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Castro	Cardozo	Loraine

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1082984612	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 02 MES 03 AÑO 1994

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOLÍVAR

MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

MZ 9 CASA 29 URB ANDREA CAROLINA

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 4358075 EMAIL lorecastro0313@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											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2009

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	07	2017	1082984612

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
INGLÉS	X			X			X		

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3012059138	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2020	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* HOPSITALIZACION						*DIRECCIÓN* santa marta magdalena					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA LA MILAGROSA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4215850	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	21	*Mes*	10	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* HOSPITALIZACION						*DIRECCIÓN* CALLE22·13A-09					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3012059138	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2019	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO UCI PEDIATRICA	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRIA						*DIRECCIÓN*					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3234678400	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO(A)	*DEPENDENCIA* URGENCIAS						*DIRECCIÓN*					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SALUD TOTAL			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4328277	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	11	*Mes*	03	*Año* 2019	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO URGENCIA	*DEPENDENCIA* URGENCIA					*DIRECCIÓN* avenida del libertador						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4237010	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	09	*Año* 2017	*Día*	01	*Mes*	09	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL	*DEPENDENCIA* URGENCIA, HOPITALIZACION,					*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:*		*Año:*		
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*						

5 **TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	8
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	3

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

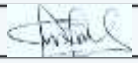
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

6 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento SANTA MARTA / 07-JUNIO-2023



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



La República de Colombia

y en su nombre el

Colegio La Villa Santa Marta

Autorizado por la Secretaría de Educación del Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta según Resolución No. 1286 del 22 de agosto de 2003,

Confiere a

Loraine Castro Cardozo

Identificado(a) con T.I. No. 940302 10217 Expedida en Santa Marta

El Título de

Bachiller Académico

Con énfasis en Humanidades

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, de acuerdo con el Proyecto Educativo Institucional - P.E.I.

Rectora, Secretaria,

DIOS AMOR Y CIENCIA
1981
COLEGIO LA VILLA SANTA MARTA

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. ..... Folio No. ..... Diploma No. .....

Dado en Santa Marta, a ..... de ..... del año .....

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución [illegible] del 31 de Diciembre de 1965 del Ministerio de Educación Nacional
Resolución No. 503 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas
Resolución No. 1890 del 31 de Julio de 2002 emanada del Ministerio de Educación Nacional

En atención a que

LORAINE CASTRO CARDOZO

con cédula de ciudadanía No. 1.082.984.612 de Santa Marta
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

MÉDICA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Santa Marta el día 28 de Julio de 2017

Director(a) Sede

Rector(a)

Secretario(a) General

Libro de Registros No. 0910420171 Folio No. 018 Registro No. 0171 Refrendado en Santa Marta el día 27 de Julio de 2017

4 y Diplomas [illegible]

021329

Cotejo Notaría Tercera de este Círculo hace constar que esta FOTOCOPIA coincide con su original que ha tenido a la vista.
12 SET. 2018
ROSA VICTORIA CAMPO RODRÍGUEZ
NOTARIA TERCERA
SANTA MARTA D.T.C.H.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 14391 del 30 de Diciembre de 1981 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 555 del 7 de Mayo de 1991 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 3899 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 04-171-2017

PROGRAMA : MEDICINA

CODIGO SNIES: 3529

FECHA GRADO: 28 DE JULIO DE 2017

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SEDE SANTA MARTA

En atención a que LORAINE CASTRO CARDOZO
con Cédula de Ciudadanía No 1.082.984.612 de Santa Marta
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de: MÉDICA

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico de la Sede SANTA MARTA, mediante acta No 015 en sesión del día 18 de julio de 2017.

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

Rector(a): MARITZA RONDON RANGEL

Director(a) de sede: ADRIANA SANTARELLI FRANCO

Decano(a) facultad: SALIN RAMON TOUCHIE MEZA

Secretario(a) General: GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Como Notaria Tercera de este Circuito hago constar que esta FOTOCOPIA coincide con la copia auténtica que he tenido a la vista.
12 SET. 2018
ROSA VICTORIA CAMPO RODRIGUEZ
NOTARIA TERCERA
SANTA MARTA D.T.C.H.

Se expide la presente Acta en la ciudad de SANTA MARTA el día 28 DE JULIO DE 2017

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario(a) General

012413

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C108298461200128248

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ETICA MEDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **LORAINE CASTRO CARDOZO**, identificado(a) con C.C. No. 1082984612 y T.P. o R.M. No. 1082984612 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el martes 06 junio 2023 a solicitud del(a) interesado(a).

BERNARDO ADOLFO ROBLEDO RIAGA
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7440583 (601)6279975 Bogotá D. C.
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

República de Colombia
Gobernación del Magdalena

MAGDALENA SOCIAL ESTA VIA

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
5/30/2018 Folios: 1
Origen: 1012/RPSS/REGISTROS PROFESIONALES SECRETARÍA DE SALUD
Destinatario: LORAINE CASTRO CARDOZO
E-2018-029673

EL SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

Certifica

Que conforme a lo establecido en el artículo 33 de la Ley 1164 de 2007 y las Resoluciones 1058 de 2010 y 2358 de 2014, el (la) profesional **LORAINE CASTRO CARDOZO** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1.082,984.612 expedida en Santa Marta - Magdalena, cumplió el servicio social obligatorio como MEDICA en ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND en la siguiente plaza y fecha

Código Plaza	Lugar donde realizó el SSO	Modalidad (*)	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
4700100071381-3	ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND	Prestación de Servicios	02 de Septiembre de 2017	01 de Septiembre de 2018

*según artículo 6 de la Resolución 1058 de 2010.

Santa Marta, Septiembre 19 de 2018.

MANUEL NAVARRO RADA
Secretario Seccional de Salud

Proyectó: Martha Vásquez M.
Revisó: Piedad de la Hoz O.


La salud es de todos
Minsalud
COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD
LORAINE CASTRO CARDOZO
C.C. 1082984612
MEDICO
Universidad Cooperativa De Colombia
Santa Marta
Grado: 28/07/2017
Rethus: 22/01/2019


Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192de 2010.Si esta tarjeta es encontrada, favor devolver al colegio medico colombiano Av. Carrera 15 # 130-43 Oficina 501 - Salitre Avenida 15 No.
info@colegiomedicocolombiano.org
Firma Representante Colegio Medico Colombiano

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-06-06--11:58:29 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1082984612	LORAINE		CASTRO	CARDOZO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LORAINE CASTRO CARDOZO identificado(a) con CC 1082984612 registra La siguiente información:

2023-06-06--11:58:29 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2019-01-22	42914	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA|MAGDALENA|SANTA MARTA	2017-09-02	2018-09-01	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

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

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3202081117

PÓLIZA No: 320 -89 - 994000002275 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47 — COD. AGE: 320 — RAMO: 89 — PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN (DIA / MES / AÑO)	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	VIGENCIA DESDE (DIA / MES / AÑO / HORAS)	A LAS	VIGENCIA HASTA (DIA / MES / AÑO / HORAS)	A LAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN (DIA / MES / AÑO)
09 / 09 / 2022		09 / 09 / 2022	23:59	09 / 09 / 2023	23:59	365	09 / 09 / 2022

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL — TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO	DESDE (DIA / MES / AÑO / HORAS)	A LAS	HASTA (DIA / MES / AÑO / HORAS)	A LAS	DIAS
	09 / 09 / 2022	23:59	09 / 09 / 2023	23:59	365

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: LORAINE CASTRO CARDOZO — IDENTIFICACIÓN: CC 1082.984.612
DIRECCIÓN: URB ANDREA COLINA MZ 9 CA 29 — CIUDAD: SANTA MARTA, MAGDALENA — TELÉFONO: 4358075

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: LORAINE CASTRO CARDOZO — IDENTIFICACIÓN: CC 1082.984.612
DIRECCIÓN: URB ANDREA COLINA MZ 9 CA 29 — CIUDAD: SANTA MARTA, MAGDALENA — TELÉFONO: 4358075
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS — IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: MAGDALENA CIUDAD: SANTA MARTA

DIRECCION: CALLE 0 No. 0-0

ACTIVIDAD: MEDICO

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO	$ 300,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA	300,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO	300,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	300,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL	300,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	30,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: CASTRO CARDOZO LORAINE
ASEGURADO: CASTRO CARDOZO LORAINE
BENEFICIARIO: Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.
PROFESION ASEGURADA: MEDICO
VIGENCIA: 365 días, a convenir con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

OBJETO:
Otorgar cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica Individual al profesional médico asegurado bajo la presente póliza, en consideración a las declaraciones manifestadas y contenidas en el formulario de solicitud de seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos, y al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones particulares.

CONDICIONES GENERALES:

VALOR ASEGURADO TOTAL	VALOR PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	TOTAL A PAGAR
$ ***300,000,000.00	$ **********253,950	$****10,000.00	$ *******50,151	$ **********314,100

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
MARYBATNA CONSULTORES LIMITADA	10195	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

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

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701081000015(8020)000000000870003202081117

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 6 y 12 Bogotá

CDDA207ADF07FD7F9E — CLIENTE — JNCHAPARRO 0

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

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2009 DIC/10 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

LORAINE CASTRO CARDOZO

C.C. 1.082.984.612

por haber asistido y aprobado el curso:

Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual y de Género.

Realizado **del 14 al 17 de Enero de 2023.**
con una intensidad académica de **40 horas.**
El curso cumple con lo establecido en la Res. 3100 del 2019, y lo exigido en la Ley 1146 del 2007 y Res. 0459

Javier Alfaro Roa	Regina Ortega Gual	Alfredo Bolívar Tavera
DIRECTOR ACESS	**PSICÓLOGA**	**MÉDICO PERITO**

318 5954676 / 420 8583 info@acess.com.co

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

LORAINE CASTRO CARDOZO

C.C. 1.082.984.612

por haber asistido y aprobado el curso:

REANIMACION CARDIO PULMONAR (RCP)

BAJO LINEAMIENTOS AHA - SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

Realizado **del día 1 al 4 de Mayo de 2023.**
con una intensidad académica de **20 horas.**
El curso sigue los lineamientos de actualización establecidos por la **American Heart Association 2020**
Organismo que establece los parámetros y manejos de la reanimación.
Válido por dos (2) años, de acuerdo a la resolución 3100 del 2019.
Aprobado resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

318 5954676 / 420 8583 info@acess.com.co www.acess.com.co

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

LORAINE CASTRO CARDOZO

C.C. 1.082.984.612

por haber asistido y aprobado el curso:

REANIMACION CARDIO PULMONAR (RCP)

BAJO LINEAMIENTOS AHA – SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Realizado **del día 1 al 4 de Mayo de 2023.**
con una intensidad académica de **48 horas.**
El curso sigue los lineamientos de actualización establecidos por la **American Heart Association 2020**
Organismo que estabiece los parámetros y manejos de la reanimación.
Válido por dos (2) años, de acuerdo a la resolución 3100 del 2019.
Aprobado resolución 3228 del 2017 Y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

318 5954676 / 420 8583 info@acess.com.co www.acess.com.co

Gescons S.A.S.
Gestion De Educación Continuada En Salud

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

LORAINE CASTRO CARDOZO

C.C. No. 1.082.984.612

Realizo y Aprobó el **DIPLOMADO** de:

MANEJO Y CUIDADO DEL PACIENTE EN UNIDAD DE CUIDADO CRÍTICO

ADULTO – PEDIATRICO – NEONATAL

Cumplió Satisfactoriamente el Programa Corporativo de Educación continuada, **Teórico - Práctico** que Represento una Intensidad de Ciento Veinte Horas (120), Realizado en la Ciudad de Santa Marta - Magdalena, desde Enero 19 de 2019 – Hasta Mayo 24 de 2019.

GESTION DE EDUCACION CONTINUADA EN SALUD Nit: 900792444-9 MATRICULA MERCANTIL 611199 EN CONVENIO CON LA FUNDACION PARA LA CAPACITACION PROFESIONAL "FUNCAP" RES. 1591 de 1999 / 10 n57 de 2000 / 882 y 883 de 2004 concedida por la Secretaria de Educación Distrital; Autorización Oficial bajo la Resolución No. 075 de 2002, Acuerdo No. 010 de la Secretaria de Educación del Departamento del Atlántico y el Acuerdo No. 056 del Ministerio de Protección Social para impartir programas de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano

Reg. No: GEF- 0246

NOTARIO TERCERO DEL CIRCULO DE BARRANQUILLA
DESPACHO DEL NOTARIO TERCERO DEL CIRCULO DE BARRANQUILLA
EL NOTARIO TERCERO DEL CIRCULO DE BARRANQUILLA
previa confrontación correspondiente, declara que la firma que aparece en el presente documento corresponde a la registrada registrada ante mi por LUIS FELIPE MENDOZA ARGUELLO
Barranquilla 24 MAY 2019
ALFONSO LUIS AVILA PADILLA
NOTARIO

LUIS FELIPE MENDOZA ARGUELLO
Representante Legal GESCONS S.A.S.

Firmado en la ciudad de Barranquilla el 24 de Mayo de 2019.


ACESS
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA
SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL
Otorga el presente certificado a
LORAINE CASTRO CARDOZO
C.C. 1.082.984.612
Por haber asistido y aprobado el curso:
formación continua en
MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO
Realizado en modalidad virtual, del día 1 al 3 de Agosto de 2022.
con una intensidad académica de 40 horas.
El curso cumple con lo establecido en la Res. 3100 del 2019.
Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8
Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS SANTA MARTA
info@acess.com.co 318 5954676 / 420 8583

Otorga el presente certificado a

LORAINE CASTRO CARDOZO

C.C. 1.082.984.612

por haber asistido y aprobado el curso:

Humanización en Servicios de Salud y Gestión del Duelo

Realizado en modalidad virtual, **los días 12 y 14 de Agosto de 2022.**
con una intensidad académica de **40 horas.**
El curso cumple con lo establecido en la Res. 3100 del 2019.
Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL
318 5954676 / 420 8583 info@acess.com.co www.acess.com.co

www.acess.com.co

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

LORAINE CASTRO CARDOZO

C.C. 1.082.984.612

Por haber asistido y aprobado el curso:

GESTIÓN DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

CURSO ONLINE

Realizado en modalidad virtual, **del día 4 al 7 de Agosto de 2022.**
con una intensidad de **60 horas.**

El curso cumple con lo exigido en la Res. 3100 de 2019
Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 Art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS SANTA MARTA

info@acess.com.co 318 5954676 / 420 8583

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

LORAINE CASTRO CARDOZO

C.C. 1.082.984.612

Por haber asistido y aprobado el curso:

HAZMAT MEDICO

ATENCIÓN A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS Y EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS O MATERIALES PELIGROSOS DE ACUERDO A LA NORMA NFPA 472

Realizado del **24 al 26 de Febrero del 2023.**
con una intensidad horaria de **40 horas**.

El curso cumple con lo exigido por la Res. 3100 del 2019, bajo estándares internacionales NFPA 472.
Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 Art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS SANTA MARTA

info@acess.com.co 318 5954676 / 420 8583

Certificado de Aptitud Laboral Ingreso

Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 11/Oct/2022, **Hora:** 02:54:00 p.m.
Apellido: Castro Cardozo **Nombre:** Loraine
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1082984612
Empresa: Particular
Cargo: Medico
Direccion: Urb Andrea Carolina Mz 9 Casa 29
Telefono: **Celular:** 3136113096 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 66 Kg **Estatura:** 167 Cm **IMC:** 23.6 **Escolaridad:** Universitario **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Saludtotal **ARL:** Sin Definir **AFP:** Colpensiones

HC: # 74268
Edad: 28 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 02/Mar/1994
Rh: A+

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteomuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular
Induccion Al Sitio De Trabajo
Pausas Activas
Estilo De Vida Saludable
Uso De Tapabocas Permanente
Cumplir Con Las Normal De Bioseguridad

Observaciones

Mirta Nuñez Gutierrez
Md. Especialista En Medicina Del Trabajo Y Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 1725
Registro #: 386

Loraine Castro Cardozo
CC 1082984612

Huella Digital

EL GERENTE DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE"
NIT. 891780185-2

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que el la Doctora **LORAINE CASTRO CARDOZO**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **1.082.984.612** expedida en Santa Marta (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE"**, los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **1941** de fecha 01 de septiembre de 2019 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de septiembre al 31 de Octubre de 2019, por un valor de CUATRO MILLONES VEINTIOCHO MIL PESOS ($4.028.000).
2. No. **2096** de fecha 01 de Noviembre de 2019 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2019, por un valor de OCHO MILLONES CINCUENTA Y SEIS MIL PESOS ($8.056.000).
3. No. **359** de fecha 02 Enero de 2020 con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Enero al 30 de Abril de 2020, por un valor de DIECISEIS MILLONES CIENTO DOCE MIL PESOS ($16.112.000).
4. No. **1358** de fecha 01 de Mayo de 2020 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Mayo al 30 de Junio de 2020, por un valor de OCHO MILLONES CINCUENTA Y SEIS MIL PESOS ($8.056.000).
5. No. **1840** de fecha 01 de Julio de 2020 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 30 de Septiembre de 2020, por un valor de QUINCE MILLONES DE PESOS ($15.000.000).
6. No. **2895** de fecha 01 de Octubre de 2020 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Octubre al 31 de Diciembre de 2020, por un valor de QUINCE MILLONES DE PESOS ($15.000.000).
7. No. **561** de fecha 01 Enero de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Enero al 31 de Marzo de 2021, por un valor de QUINCE MILLONES DE PESOS ($15.000.000).
8. No. **1191** de fecha 01 Abril de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Abril al 30 de Junio de 2021, por un valor de QUINCE MILLONES DE PESOS ($15.000.000).
9. No. **2151** de fecha 01 julio de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de julio al 30 de septiembre de 2021, por un valor de QUINCE MILLONES DE PESOS ($15.000.000).
10. No. **3340** de fecha 01 octubre de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de octubre al 31 de diciembre de 2021, por un valor de QUINCE MILLONES DE PESOS ($15.000.000).
11. No. **566** de fecha 01 de enero de 2022 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 31 de marzo de 2022, por un valor de QUINCE MILLONES DE PESOS ($15.000.000).
12. No. **1834** de fecha 01 de abril de 2022 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 31 de julio de 2022, por un valor de VEINTE MILLONES DE PESOS ($20.000.000).
13. No. **2763** de fecha 01 de agosto de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de agosto al 31 de agosto 2022, por un valor de CINCO MILLONES DE PESOS ($5.000.000).

juridica@hujmb.com
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118 - 141
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
www.hujmb.com - Santa Marta - Colombia

14. No. **3515** de fecha 01 de septiembre de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de agosto al 31 de octubre 2022, por un valor de DIEZ MILLONES DE PESOS ($10.000.000).
15. No. **3685** de fecha 01 de noviembre de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de noviembre al 31 de diciembre 2022, por un valor de DIEZ MILLONES DE PESOS ($10.000.000).
16. No. **206** de fecha 01 de enero de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de enero al 31 de diciembre 2023, por un valor de DIEZ MILLONES DE PESOS ($10.000.000).

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS COMO **MÉDICO GENERAL** TODA LA POBLACIÓN USUARIA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

ACTIVIDADES – OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

- Obrar con diligencia y cuidado necesarios los asuntos que le asigne el subgerente científico de la E.S.E.
- Entregar las actividades dejando registro de la entrega de las novedades de los pacientes del servicio a cargo en el formato correspondiente.
- Realiza el seguimiento de las actividades asistenciales y administrativas de los pacientes del servicio, dejando registro de esta actividad en el formato correspondiente, con el fin de agilizar y optimizar los procesos.
- Realizan registros en la historia clínica de evoluciones médicas, historia clínica de ingreso, epicrisis, formulación, registro de exámenes paraclínicos de imágenes diagnóstica y otros, con firma y sello según indicaciones de los médicos tratantes
- Realización de solicitud de exámenes diagnósticos, remisiones e interconsultas, con firma y sello, según indicaciones de los médicos tratantes.
- Apoyo en procedimientos médico quirúrgico según solicitud de médico tratante.
- Realización de actualización de resúmenes de historia clínica para las diferentes aseguradoras.
- Apoyo en actividades administrativas de gestión de recursos del servicio.
- Supervisión de las estancias prolongadas con el fin de agilizar el giro cama.
- Realización de certificado de defunción según solicitud de Líder o de la Subdirección científica.
- Colaboración en reanimación cardio - cerebro pulmonar.
- Participación colaboración realización de indicadores de gestión.
- Participar en las revistas con la especialidad pertinente.
- Socializar y supervisar el reporte de los eventos adversos en el formato correspondiente, realizar seguimiento y participar en la elaboración de los planes de mejoramiento respectivos.
- Realización de formatos de justificación de medicamentos no POS según necesidad indicación de los médicos tratantes.
- Verificación de existencia de los soportes clínicos y administrativos de las historias clínicas.
- Presentar los informes según solicitud del líder o de la Subdirección científica
- Apoyar al líder en la gestión de los recursos humanos, físicos, técnicos, tecnológicos, logísticos y los suministros requeridos para la oportuna y eficiente prestación de los servicios.
- Analizar conjuntamente con el equipo, el área financiera y la Oficina de Planeación, los costos de los procedimientos con el fin de monitorear los resultados y adoptar las medidas para obtener mejores resultados financieros con rentabilidad social

- Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad.
- Promover la cultura de los valores y principios éticos para garantizar transparencia en todos los actos y decisiones del proceso de atención.
- Aportar a la E.S.E. la hoja de vida y los documentos de identificación que le sean solicitados.
- En caso de ser necesaria durante la atención de pacientes algún medicamento o servicio no POS, deberán garantizar el correcto diligenciamiento y firmar del respectivo formato de solicitud del servicio y/o medicamento.
- Garantizar la presencia horas contadas, para prestar los servicios en el área que se le designe.
- Atender a los pacientes en los turnos y área asignada por la E.S.E.
- Asistir a la ronda médico técnico-científica y técnico-administrativa se realizarán en el Servicio de Medicina Interna, ginecobstetricia, cirugía, pediatría.
- Realizar la revista médica diaria de la cual consiste en valoración, seguimiento, evoluciones, órdenes médicas y ayudas diagnósticas, RIPS, epicrisis, de los pacientes hospitalizados.
- Responder por los daños y perjuicios en salud que se generen a un usuario por su negligencia, Omisión, descuido, olvidó, exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa.
- Participar en las jornadas científicas y actividades académicas, de investigación que convoque el sugerente científico a la oficina de docencia de servicio de la E.S.E en desarrollo de los convenios docente-asistencia suscrito o que suscriba la E.S.E.
- Cumplir con el diligenciamiento de los RIPS, epicrisis, fichas de notificación en salud pública, formatos, instrumento de control, seguimiento, evaluación, facturación de la E.S.E.
- Diligenciar la historia clínica de los pacientes cumpliendo con los parámetros establecidos en la Resolución No. 1995 de julio 08 de 1999 y demás normas legales que la complementen, sustituyan o deroguen.
- Participar en las Juntas Médicas para soportar conceptos emitidos por los especialistas citados a dicha junta.
- Tener comunicación las 24 horas del día para fácil localización en caso de urgencia, independientemente el cumplimiento de los turnos asignados.
- Recibirlos objeciones y/o glosas de la prestación de los servicios y contestarlas dentro de los cinco días siguientes a la notificación de las mismas; de igual forma en caso que por acción u omisiones de los médicos en su desempeño profesional generen glosas por parte de la EPS, EPSS y entes territoriales o su defecto sean detectadas durante el proceso de facturación que impida el cobro del servicio, estas serán repetidas en contra del contratista quién está en la obligación de tomar las medidas que considere pertinente ; en caso de no ser contestadas se entenderá por aceptadas las glosas y se procederá a descontar lo de su facturación mensual.
- Realizar las contrarreferencias, cuando a ello haya lugar, de acuerdo a las normas técnicas y guías de atención.
- Aplicar las normas de referencia y contrarreferencia en aquellos casos que hay lugar.
- Los profesionales que presten los servicios deben contar con experiencia en el área para las que sean le ha asignados.
- Cumplimiento de los términos estipulados.
- La suspensión cancelación y atrasos en la prestación del servicio médico por incumplimiento en los turnos estipulados en la propuesta sin justificación que ocasionen trastornos y/o alteraciones en la oportunidad de la prestación del servicio serán objeto de glosa de la Orden que se genere.

VIGILADO Supersalud

ADO

Los costos de transporte y demás gastos ocasionados con la prestación del servicio en este proceso de contratación serán asumidos por el proponente y no tendrán un costo adicional al valor establecido en la propuesta.

- Garantizar que la prestación del servicio objeto del contrato cumplen estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento, las cuales se deben ajustar a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. Adicionalmente la garantía de los servicios ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e idoneidad.
- El valor mensual facturado dependerá de los servicios prestados por parte del contratista.
- El operador del contrato deberá, suscribir garantía o póliza de cumplimiento y calidad del servicio, pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones laborales; responsabilidad Civil Profesional clínicas y hospitales
- Investigar patología de interés nacional.
- Investigación de las patologías de mayor prevalencia de pacientes que ingresan a nuestra entidad.
- Construcción tribuir a la revisión evaluación y socialización protocolos, guías y procedimientos que se les sean asignados por su supervisor.

VIGILADO Supersalud

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, el primer (01) día del mes de febrero de 2023

JOSE RAFAEL DOMINGUEZ AYALA
Gerente (E)

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

REVISO: KATHERINE MARIA AMAYA RESTREPO
JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO.

NOTARÍA PRIMERA CIRCULO DE SANTA MARTA
El NOTARIO PRIMERO de Santa Marta hace constar que, previa identificación, el firma que aquí aparece el compareció a despacho en esta NOTARIA el
José Rafael Domínguez Ayala
AROLDA ALTAFULLA DOMINGUEZ
NOTARIO PRIMERO (E)
SANTA MARTA D.T.C.H. - Colombia
3 FEB 2023
AROLDA ALTAFULLA DOMINGUEZ
NOTARIO PRIMERO (E)
Santa Marta D.T.

Juridica@hujmb.com
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118 - 141
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
www.hujmb.com - Santa Marta - Colombia

Clínica La Milagrosa S.A.
Puertas Abiertas Para Su Salud
Nit. 800.067.515-1

SA-CER735375 ST-CER735379 SC-CER167284

Santa Marta, 10 de Diciembre de 2021

LA JEFE DE GESTION HUMANA

HACE CONSTAR:

Que la señora, **LORAINE CASTRO CARDOZO** identificada con cédula de ciudadanía No.1.082.984.612 laboró en esta institución como **MEDICO DE PLANTA**, con un contrato a término fijo inferior a un año en los periodos y cargos comprendidos así:

Del 13-01-2020 al 21-10-2021 Medico de planta

Esta constancia se expide a solicitud del interesado.

Atentamente,

lizeth Hernández

LIZETH HERANDEZ VARGAS
Jefe de Gestión Humana
gestionhumana@clinicalamilagrosa.co

Escaneado con CamScanner

Fundación, 29 de agosto de 2019

Señor(a)
LORAINE CASTRO CARDOZO
E. S. M.

REF: TERMINACION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS.

Muy comedidamente, me permito comunicarle que el día 31 de agosto de 2019, se vence el término de ejecución de Contrato de Prestación de Servicio número 856 __ suscrito con la E.S.E Hospital San Rafael de Fundación – Magdalena.

En virtud de lo anterior, me permito comunicarle que el contrato a que hemos hecho referencia no será prorrogado o renovado.

Le agradecemos de antemano la colaboración prestada a esta Institución Hospitalaria.

Cordialmente,

LORENA VERA MERCADO
Profes. Universitaria Recursos Humanos

Original firmado

Medicall
Talento Humano

NIT 900.682.543-8

EL SUSCRITO GERENTE GENERAL DE MEDICALL TALENTO HUMANO S.A.S

CERTIFICA:

Que **CASTRO CARDOZO LORAINE**, identificado (a) con C.C. número **1082984612,** laboro en Medicall Talento Humano S.A.S, mediante un contrato de trabajo a termino **indefinido** desde el **11 DE MARZO DE 2019** hasta el **30 DE ABRIL DE 2019** desempeñando el cargo de **MEDICO UUBC.**

En constancia de lo anterior se expide en Bogotá D.C. **07 DE MAYO DE 2019** a solicitud del interesado (a).

La presente certificación debe tener sello seco.

HENRY LADINO DIAZ
GERENTE GENERAL MEDICALL TH.

Calle 4 G No.66 A - 08 Tel. 7425770 - 4200784 – 2621705 EXT.135,167
Bogotá, D.C

Scanned with CamScanner



La salud es de todos | Minsalud | MiVacuna

Certificado de vacunación

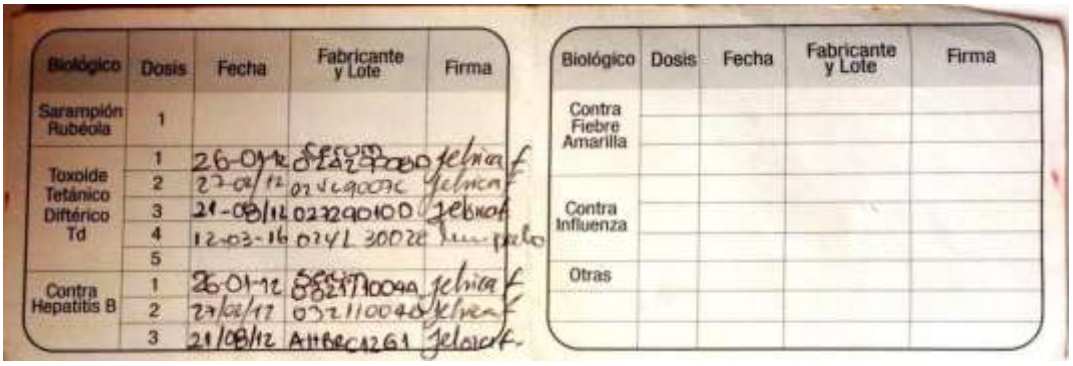
Nombres: Loraine

Apellidos: Castro Cardozo

Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte RCP otro Cual

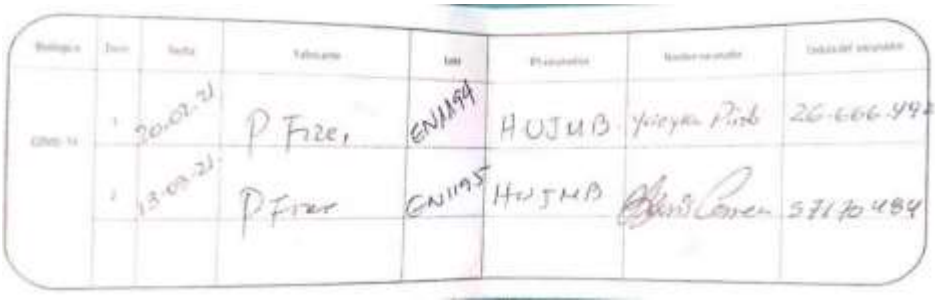
No. 1.082984612

Fecha de nacimiento: Día 02 Mes 03 Año 1994



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	26-01-12	[illegible]	[illegible]
	2	27-02-12	0274900TC	[illegible]
	3	21-08-12	0232901OD	[illegible]
	4	12-03-16	0241 30028	[illegible]
	5			
Contra Hepatitis B	1	26-01-12	[illegible]	[illegible]
	2	27/02/12	0321100401	[illegible]
	3	21/08/12	AHBEC12G1	[illegible]

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				



Otro: Cuál?	1	20-02-21	P Fizer	EN1194	HUJUB	26-666-492
	2	13-03-21	P Fizer	EN1195	HUJMB	57170484



Laboratorio Clínico

Doctoras: Mariela Ospina A.
Jacqueline Ospina A.

Bacteriólogas: Colegio Mayor de Antioquia
Colegio Mayor de Cundinamarca

Carrera 15 No. 23 - 19- Tel.: 4311206 Santa Marta - Colombia

Fecha: ENERO 18/2013 Número: 13

Paciente: LORAINE CASTRO CARDOZO

Dr:



Nombre: LORAINE CASTRO CARDOZO Edad: 18 años

Fecha: ENERO 18/2013 C. C. No. 1.082.984.612

Muestra: Sangre

Exámenes Solicitados: Hep. B. Anticuerpos contra el antígeno de Superficie

RESULTADOS:

Hep. B. Anticuerpos contra el antígeno de Superficie (Anti Hbs):

480.0 UI/L

Valores de Referencia:

COPIA

Menor de 10UI/L: Negativo

Mayor de 10UI/L: Positivo

Atte.

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	OTRO	Fecha de publicación	2023-06-01 14:09

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LORAINE		CASTRO	CARDOZO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1082984612

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	BOLÍVAR	Municipio	CARTAGENA DE INDIAS

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$4.500.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$4.500.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$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 [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:

SaludTotal.

STAMARTA, Junio 7 de 2023

Señora:
CASTRO CARDOZO LORAINE
CC. 1082984612
UBR CASA29 - 0
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 14 de 2019. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
CASTRO CARDOZO LORAINE	1082984612	C	Mar-14-2019	52	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CLINICA LA MILAGROSA SA	1082984612	Dependiente	CERRADO
LORAINE CASTRO CARDOZO	1082984612	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
MEDICALL TALENTO HUMANO SAS	1082984612	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LORAINE CASTRO CARDOZO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1082984612,** se encuentra afiliado/a desde **31/08/2017** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 07 de junio de 2023.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos : LORAINE CASTRO CARDOZO												Sexo			
												M		F	X

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1082984612	SANTA MARTA	6/14/2012

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
X								X	1			X		X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
2	3	1994	CARTAGENA	URBANIZACION ANDREA CAROLINA MANZANA 9 CASA 29	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
LORECASTRO0313@HOTMAIL.COM	3136113096	

Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado				8	6	2	1

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
MEDICO GENERAL	ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA SIN INTERNACION

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	MEDICO

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
	SANTA MARTA	LOS ALCAZARES	4365007

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	4.485.000	Total Egresos mensules	3.000.000
Otros Ingresos Mensules	4.485.000	Otros Egresos Mensuales	0
Total Activos		Total Pasivos	3.000.000

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 06	Año 2023	Es declarante?	SI	X	NO	

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico? NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP? NO

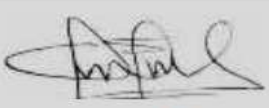
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:
MI TRABAJO COMO MEDICO GENERAL

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 informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los





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