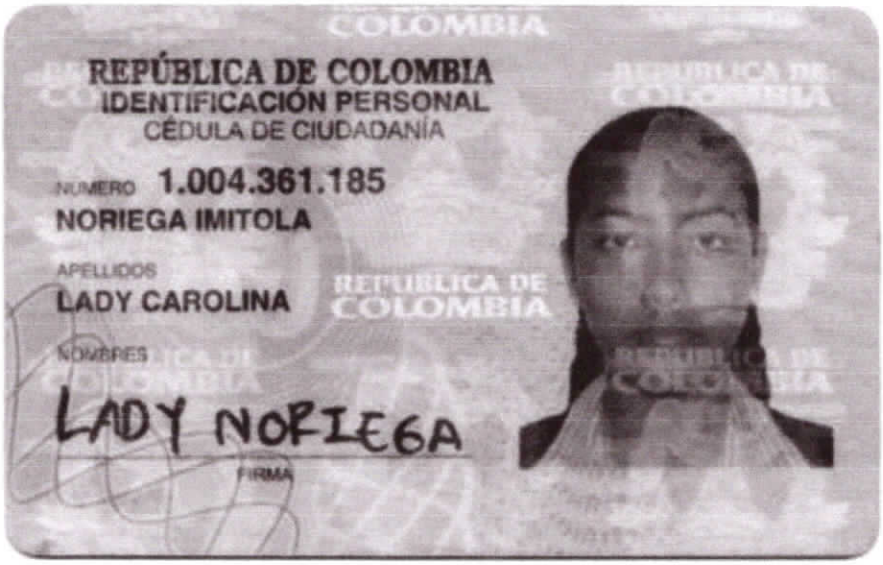
| | | |
|---|---|---|
| HUJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE | LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL | CODIGO: GJC12F<br>VERSION: 06<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 7/09/2023<br>PAGINA 1 de 1 |

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** _____, Identificado con Cédula No. _____ 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:** _____

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


COLOMBIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.004.361.185
NORIEGA IMITOLA
APELLIDOS
LADY CAROLINA
NOMBRES
LADY NORIEGA
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 08-MAY-2000
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
06-JUN-2018 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO
P-2100150-01140676-F-1004361185-20200605
0070851966A 1
9912263804

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1004361185**

Resultados encontrados:

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1004361185 | NORIEGA | IMITOLA | LADY | CAROLINA | 2023-09-29, 12:07 pm |

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) **LADY CAROLINA NORIEGA IMITOLA** identificado con C.C./C.E./P.P No. **1.004.361.185** expedida en **SANTA MARTA**, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (Certificado de Antecedentes Fiscales – Contraloría General de la República, Certificado de Antecedentes Disciplinarios – Procuraduría General de la Nación, Consulta de Antecedentes Judiciales – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - Consulta de

Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018 – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

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

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 01 del mes de Diciembre de 2023.

Firma LADY NORIEGA IMITOLA
Nombre LADY CAROLINA NORIEGA IMITOLA
Cédula 1.004.361.185

COPIA CONTROLADA

Colombia COMPRA EFICIENTE

Aumentar el contraste

UTC -5 12:40:45

Buscar por proces | Menú

Configuraciones del usuario
LADY CAROLINA NORIEGA IMITOLA
CAT:

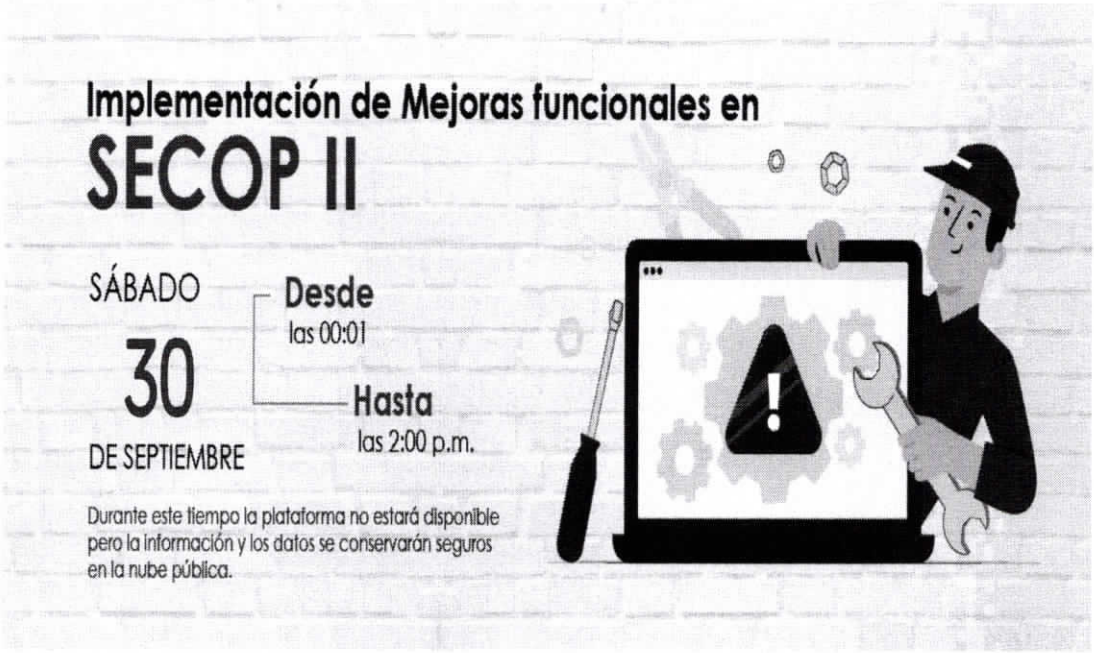
29 Sep, 2023(UTC -5) 12:40:45

Salir

**Escritorio**

Por favor seleccione una opción.

## Sugerencias SECOP




## Registro

**Opciones de registro en SECOP II**

**Para registrar una Entidad Estatal comuníquese con la Mesa de Servicio del SECOP.**

para comenzar a trabajar con la plataforma SECOP por favor, díganos donde trabaja.

**Opciones de registro**

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

Continuar >>

SANTA MARTA, DICIEMBRE DE 2023

DOCTOR:
**GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA**
Gerente
E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche

Cordial saludo,

A solicitud de su respetada institución, yo **LADY CAROLINA NORIEGA IMITOLA** Con CC. No. 1.004.361.185 de **SANTA MARTA,** le solicito a usted me permita ingresar como **AUXILIAR EN ENFERMERIA** dentro del área asignada teniendo en cuenta mis capacidades, espero reunir las condiciones necesarias para tal cargo dentro de la empresa.

Atentamente,

LADY NORIEGA IMITOLA

**LADY CAROLINA NORIEGA IMITOLA**
**CC. 1.004.361.185** De Santa Marta
Direccion: Calle 16#47-18 Pantano
Correo: noriegaladycaro@gmail.com
Cel: 3003158793

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14949190911

(415)7707212489984(8020) 000001494919091 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 0 4 3 6 1 1 8 5 | 8 | 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 | 1004361185 | 2018/06/06 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| NORIEGA | IMITOLA | LADY | CAROLINA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 16 47 18 BRR PANTANO

42. Correo electrónico: noriegaladycaro@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 0 3 1 5 8 7 9 3 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 9 2 | 2 0 1 7 1 1 0 6 | | | | | | |

### 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 2 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

### Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### 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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2 61. Fecha 2023 - 09 - 20 / 12 : 47: 53

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:

LADY NORIEGA

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

984. Nombre QUINTERO MONTENEGRO LIZERIS MARIA
985. Cargo Analista III

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

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 |
|---|---|---|
| NORIEGA | IMITOLA | LADY CAROLINA |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.004.361.185

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL ( ) EXTRANJERO ( ) PAIS: _____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 08 MES 05 ANO 2000

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

DIRECCION DE CORRESPONDENCIA: CALLE 16 # 47 -18

PAIS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELEFONO: 300 315 87 93 EMAIL: noriegaladycaro@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACION BASICA 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 )

| EDUCACION BASICA | | | | | | | | | | TITULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 | MES 12 ANO 2015 |

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMICA 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TL | 4 | X | | Técnico Laboral en Auxiliar en enfermeria | 27 | 2015 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPANOL 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

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: Marcela Castaño Vásquez | PÚBLICA: | PRIVADA: x | PAÍS: colombia |
| DEPARTAMENTO: MAGDLENA | MUNICIPIO: SANTA MARTA | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | |
| TELÉFONOS: 3153101941 | FECHA DE INGRESO: DIA 01 MES 07 AÑO 2018 | FECHA DE RETIRO: DIA MES AÑO | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL: PRESTACION DE SERVICIO | DEPENDENCIA: Aux de enfermería (Cuidado en casa) | DIRECCIÓN: Barrio los Ángeles | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: | PÚBLICA: | PRIVADA: | PAÍS: |
| DEPARTAMENTO: | MUNICIPIO: | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | |
| TELÉFONOS: | FECHA DE INGRESO: DIA MES AÑO | FECHA DE RETIRO: DIA 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: DIA MES AÑO | FECHA DE RETIRO: DIA 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: DIA MES AÑO | FECHA DE RETIRO: DIA MES AÑO | |
| CARGO O CONTRATO: | DEPENDENCIA: | DIRECCIÓN: | |

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| Aux de enfermería | 5 | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

LADY NORIEGA

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

República de Colombia y en su nombre

# Institución Educativa Distrital
# Francisco de Paula Santander

Aprobado por resolución 884 del 28 de Noviembre de 2002 de la Secretaria de Educación
Santa Marta - Magdalena

## Confiere a:

## Lady Carolina Noriega Imitola

Identificado con D.T.1.004.361.183 expedido en Santa Marta D.T.C.H

## El Título de:

# Bachiller Académico

**Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes**

Rector
Juan Carlos Vega Posada

Secretario (a)
Juana Avendaño Jiménez

Libro_____ Folio_____ Acta_____ Año_____

Dado en Santa Marta a los 7 días del mes de Diciembre de 2015

*La República de Colombia y en su nombre la*

*Institución Educativa Distrital Francisco De Paula Santander*

Creada por Decreto 884 de noviembre de 2002 y 978 del 29 de noviembre de 2004

*Acta de graduación:* 79 *Folio:* 117 *Libro:* 05V *Registro:* 86

*En el Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta a los Siete días del mes de diciembre del año 2015 se reunieron el Rector y la Secretaria de la Institución Educativa Distrital Francisco De Paula Santander, con el fin de protocolizar la graduación de los alumnos de último grado de Educación Media. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que, se procedió a otorgar:*

*Título de:* BACHILLER ACADEMICO

*Apellidos Y Nombres:* Noriega Imitola Lady Carolina

*Documento de identidad:* T.I 1004361185 de SANTA MARTA D.T.C.H

*Juan Carlos Vega Posada*
C.C. No 72.181.549
*Rector*

*Juana Avendaño Jiménez*
C.C. Nº 36.562.219
*Secretaria*

*Fiel copia del acta de graduación original.*

REPÚBLICA DE COLOMBIA

*LA CORPORACIÓN ASMEDAS MAGDALENA -SS-*
*"ASMEMAG"*

# INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 0508 y Registro de Programa según Resolución No. 1094, emanada por la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo No. 00217 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

**CONFIERE EL CERTIFICADO DE TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIA EN**

## AUXILIAR EN ENFERMERÍA A:

## Lady Carolina Noriega Imitola

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD No. 1004361185**

Por haber cursado y aprobado el programa de Auxiliar en Enfermería, con una intensidad total de 1600 horas.

Dado en Santa Marta, a los 27 días del mes de Octubre del año 2017.

DIRECTOR

SECRETARIA GENERAL

Anotado en el folio No. 46 Registro 61 del Libro de Actas 003

F-CAO-416 V.3

ASMEMAG

Corporación ASMEDAS Magdalena –SS-

Nit: 900258910-0

# *Acta De Certificación Individual No. 032*

En la ciudad de Santa Marta, a los veintisiete (27) días del mes de Octubre del año Dos Mil Diecisiete (2017) se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los estudiantes del programa AUXILIAR EN ENFERMERÍA, el suscrito Director y la Secretaria General de la **CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA –SS- "ASMEMAG"**, Institución con licencia de funcionamiento según Resolución número 0508 del 03 de Mayo de 2010 y Registro de Programa según Resolución número 1094 del 12 de Diciembre de 2016, emanada por la Secretaria de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo número 00217 del 30 de Agosto de 2016 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

Comprobada la situación legal y académica de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** al estudiante cuyos nombres, apellidos e identificación se relacionan a continuación:

## Lady Carolina Noriega Imítola

Documento de Identidad No. 1004361185

Es fiel copia del acta original No. 032, de fecha 27 de Octubre del año 2017 e inicia con los apellidos y nombres de **AMAYA BONILLA MARIA STELLA** y culmina con los apellidos y nombres de **ZUÑIGA CASTIBLANCO YULIETH DAYANA.**

Firmado y sellado por **MANUEL DEL PRADO BRITO**, Director y **KATERINE GUTIERREZ DAZA**, Secretaria General.

Dado en Santa Marta D.T.C.H., a los veintisiete (27) día del mes de Octubre del año Dos Mil Diecisiete (2017).

Firmado y Sellados

**MANUEL DEL PRADO BRITO**
**Director**

**KATERINE GUTIERREZ DAZA**
**Secretaria General**

AIES
ACADEMIA INTERNACIONAL DE ESTUDIOS TÉCNICOS

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

## ACADEMIA INTERNACIONAL DE ESTUDIOS TÉCNICOS

*Con Resolución Oficial No. 1121 del 13 Diciembre 2016*
*Otorgada por la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta*

*Confiere a:*

## LADY CAROLINA NORIEGA IMITOLA

*Identificado (a) con C.C. No. 1.004.361.185*

*La certificación por haber cursado y aprobado los módulos teóricos prácticos establecidos por la institución, con una intensidad horaria de 336 horas*

*En el Curso de:*

## LABORATORIO CLINICO

*Director (a)*

*Secretaria (o)*

*Dado en Santa Marta a los (27) días del mes de Noviembre del año 2020*

AIES

ACADEMIA INTERNACIONAL DE ESTUDIOS TÉCNICOS

MÉTODO DE ESTUDIO FINLANDÉS

LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO No. 1121 del 13 DE DICIEMBRE 2016
de la SECRETARIA DE EDUCACIÓN DISTRITAL

CERTIFICA QUE

# Noriega Imitola Lady Carolina

IDENTIFICADO(A) CON D.I. No. 1004361185

Asistió al seminario:

## SEMINARIO DE PRIMEROS AUXILIOS

Con una Duración de 5 horas

Director

Instructor

Expedida en la ciudad de Santa Marta, a los 03 días del mes de Octubre del año 2020

836

Gobernación del Magdalena

*República de Colombia*
*Gobernación Departamento del Magdalena*

MAGDALENA SOCIAL ES LA VIA

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
17/11/2017 Folios: 1
Origen: 1012/RPSS/REGISTROS PROFESIONALES SECRETARÍA DE SALUD
Destinatario: LADY CAROLINA NORIEGA

E-2017-031089

**RESOLUCIÓN Nro. 47** 3851

**Por la cual se registra un titulo**
**LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA**
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 03 de 1994, de la Ley 1164 del 03 de Octubre de 2007 y el Decreto 4192 de Noviembre 09 de 2010.

**CONSIDERANDO:**

Que el (la) señor (a) **LADY CAROLINA NORIEGA IMITOLA,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1,004,361,185, expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACION** para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL, otorgado por **LA CORPORACIÓN ASMEDAS MAGDALENA "SS" ASMEMAG,** con Acta de Certificación Individual No. 032 del 27 de Octubre de 2017.

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

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Autorizar a **LADY CAROLINA NORIEGA IMITOLA,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1,004,361,185, expedida en Santa Marta - Magdalena, para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA** en el territorio Nacional.

**COMUNIQUESE Y CUMPLASE**

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha: 20 NOV 2017

**MANUEL NAVARRO RADA**
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

Proyectó: Martha Vásquez
Revisó: Piedad De La Hoz Orozco

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-09-03--4:29:08 PM

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1004361185 | NORIEGA | IMITOLA | LADY | CAROLINA | 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) NORIEGA IMITOLA LADY CAROLINA identificado(a) con CC 1004361185 registra La siguiente información:

2023-09-03--4:29:08 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA | 2017-11-20 | 3831 | SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA |

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

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

*NIT. 901544869-6*

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

# *Certifica*

# *Lady Carolina Noriega Imitola*

## *CC 1004361185 de Santa Marta - Magdalena*

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022 con un total de 80 Horas.

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

Fecha de emisión: 2023-06-29
Fecha de vencimiento: 2025-06-29

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. 901544869-6*

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

# *Certifica*

# *Lady Carolina Noriega Imitola*

## *CC 1004361185 de Santa Marta - Magdalena*

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

Fecha de emisión: 2023-09-29
Fecha de vencimiento: 2025-09-29

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. 901544869-6*

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

# *Certifica*

# *Lady Carolina Noriega Imitola*

## *CC 1004361185 de Santa Marta - Magdalena*

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

Fecha de emisión: 2023-07-01
Fecha de vencimiento: 2025-07-01

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

*NIT. 901544869-6*

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

# *Certifica*

# *Lady Carolina Noriega Imitola*

## *CC 1004361185 de Santa Marta - Magdalena*

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.

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

Fecha de emisión: 2023-06-25
Fecha de vencimiento: 2025-06-25

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. 901544869-6*

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

# *Certifica*

# *Lady Carolina Noriega Imitola*

## *CC 1004361185 de Santa Marta - Magdalena*

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2025-06-27
Fecha de vencimiento: 2025-06-27

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
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:** 08/07/2023

## Información paciente



**Empresa:** SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
**Empresa en misión:**
**Nombre completo:** LADY CAROLINA NORIEGA IMITOLA
**Identificación:** CC: 1004361185
**Responsable:** El mismo paciente
**Acompañante:** Ninguno
**Cargo:** AUXILIAR DE ENFERMERIA
**Fecha nacimiento:** 08/05/2000
**Edad:** 23
**Genero:** Femenino
**Estado civil:** Soltero
**Escolaridad:** Técnica
**Teléfono:**
**Dirección:** Santa marta,
**N° hijos:** 0
**ARL:**
**EPS:** Coosalud EPS
**AFP:**

## Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

## Concepto de aptitud

Apto para la labor.

## Anexo

SE REALIZO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

## 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

**Destinatario:** Empleado **Permanente:** No **Fecha inicial:**
**Fecha final:** **Duración:**

**Recomendación:**
**HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.**

**NOTAS: SE RECOMIENDA SEGUIR PROTOCOLOS DE SEGURIDAD EMPRESARIAL RESPECTO A LA PREVENCION DEL CONTAGIO POR SARS COVID 19**

LABORATORIO CLÍNICO
MARTINEZ

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

**Aspirante o trabajador**
LADY CAROLINA NORIEGA IMITOLA
**Identificación:** CC: 1004361185

**A SOLICITUD DEL INTERESADO,**

**HAGO CONSTAR :**

Que hace más de cinco (5) años conozco a la señorita LADY CAROLINA NORIEGA IMITOLA, identificada con la Cédula de Ciudadanía Número 1.004.361.185 expedida en Santa Marta, Mag.

Durante todos estos años la señorita Noriega ha prestado de manera continua sus servicios como enfermera y cuidadora con gran dedicación y un desempeño muy satisfactorio.

Igualmente manifiesto que durante este tiempo la señorita Noriega ha demostrado ser una persona confiable, honesta y responsable en el desarrollo de las diferentes actividades que se le han encomendado.

En constancia de lo anterior, firmo la presente a los veintiocho (28) días del mes de Junio de dos mil veintitrés (2023).

Cordialmente,

Marcela Castaño Vásquez
CC 41.538.444 de Bogotá
Teléfono: 315 310 1941

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

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1004361185 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 01/12/2023 09:04 AM

Código Verificación: **7SJ3KH19E2**

Válida hasta: **29/02/2024**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DISTRITAL**
**SANTA MARTA**

## CERTIFICADO INDIVIDUAL DE VACUNACIÓN

NOMBRE DEL VACUNADO Jaider Noriega J

INSTITUCION Pantoja

FECHA NACIMIENTO día 5 mes 05 año 00

REGIMEN Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Vinculado ☐

ENTIDAD Dpto distrital

Sabanas Mala 23-05-00

| BIOLOGICO | | VACUNA día | VACUNA mes | VACUNA año | CITA día | CITA mes | CITA año | NOMBRE VACUNADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BCG | | 2 | 06 | 00 | | | | |
| ANTIPOLIO | 1 | | | | | 08 | 2000 | |
| | 2 | 25 | 08 | 00 | 25 | 09 | 00 | Eloisa Tere |
| | 3 | 25 | 09 | 00 | 7 | Años | | Eloisa Tere |
| | R1 | 26 | 11 | 02 | 5 | Años | | |
| | R2 | 23 | 05 | 005 | 11 | 11 | 11 | |
| DPT | 1 | | | 2000 | | 07 | 2000 | |
| | 2 | 25 | 08 | 00 | 25 | 09 | 00 | Eloisa Tere |
| | 3 | 25 | 09 | 00 | 7 | Años | | Eloisa Tere |
| | R1 | 26 | 11 | 02 | 5 | Años | | |
| | R2 | 23 | 05 | 005 | 11 | 11 | 11 | |
| HEPATITIS | 1 | | 05 | 00 | | 07 | 00 | |
| | 2 | 25 | 07 | 00 | 25 | 08 | 00 | |
| | 3 | 25 | 08 | 00 | | | | Eloisa Tere |
| T.D. | 1 | | | | | | | |
| | 2 | | | | | | | |
| | R1 | 26 | 02 | 16 | | | | |
| | R2 | | | | | | | |
| | R3 | | | | | | | |
| INFLUENZA | 1 | 13 | 07 | 200 | 13 | 08 | 2000 | |
| | 2 | 25 | 08 | 00 | 25 | 09 | 00 | Eloisa Tere |
| | 3 | 25 | 09 | 00 | | | | Eloisa Tere |
| TRIPLE VIRAL | | 3 | 07 | 01 | | | | |
| F. AMARILLA | | | | | | | | |
| MENINGITIS | | | | | | | | |

Sarampion 11 1
9-meses

**CONSERVA ESTE CERTIFICADO. REPRESENTA SALUD PARA TU HIJO**

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

Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Cra. 5 #25-27. Santa Marta.
Tel: 431 9537 Ext. 109 - 112
vacunacionmagdalena@cruzrojacolombiana.org
www.cruzrojamagdalena.org

Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Certificado de Vacunación

Nombres: Lady Cardino

Apellidos: Noriega Imitola

Documento de identidad: C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. X PASAPORTE ☐ No. 1.004.361.185

Fecha de Nacimiento: Día 08 Mes 05 Año 2000

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola Paperas | 1 | | | |
| | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Toxoide Tétano Diftérico | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B | 1 | 22-04-16 | 1434021 | Paola P. |
| | 2 | 23-05-16 | ARBVC504NJ | Paola P. |
| | 3 | 23-06-16 | ARBVC504NJ | Paola P. |
| Virus Papiloma Humano | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

**Certificado de vacunación**

Nombres: LADY CAROLINA
Apellidos: NOREÑA IMBOLA
Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cual
No. 1.004.361.185
Fecha de nacimiento: Día 8 Mes 05 Año 2000

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 25-09-21 | ASTRAZENECA | PV 16682 | Promagdalena | NKOLE COVILLA | 1083083165 |
| | 2 | 18 DIC 2021 | Astrazeneca | | Promagdalena | Clara | 57 1 [illegible] 268 |
| | | | | | | | |

Función Pública

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

| Tipo de declaración | INGRESO | Fecha de publicación | 2023-09-29 12:27 |
|---|---|---|---|

| Nombres y apellidos completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| LADY | CAROLINA | NORIEGA | IMITOLA |

| Documento de identificación | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1004361185 |

| Lugar de nacimiento | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | SANTA MARTA |

| 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 | $1.000.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | $1.000.000,00 |

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:

| |
|---|
| |

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

## COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
## NIT 900.226.715 - 3

## CERTIFICA:

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

| | |
|---|---|
| Tipo y No. de documento: | CC-1004361185 |
| Nombres: | LADY CAROLINA |
| Apellidos: | NORIEGA IMITOLA |
| No. de Carnet: | 5A9B02883D58FAA24DAC7AAC20A6614C |
| Tipo de afiliado: | COTIZANTE |
| Fecha de afiliación: | 2020-01-01 |
| Estado de afiliación: | Activo |
| Régimen: | Contributivo |
| IPS: | ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND |
| Departamento - Municipio: | MAGDALENA-SANTA MARTA |
| Categoria: | A |

VIGILADO Supersalud

**OBSERVACIONES:**

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

La anterior certifcación se expide y firma el viernes, 01 de diciembre de 2023, a solicitud del interesado y es válida hasta el lunes, 01 de enero de 2024

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LADY CAROLINA NORIEGA IMITOLA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1004361185,** se encuentra afiliado/a desde **28/09/2023** 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 01 de diciembre 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

| Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación |
|---|---|---|
| | | |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| Nombres y Apellidos | | | | | | | | | | | | Sexo | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LADY CAROLINA NORIEGA IMITOLA. | | | | | | | | | | | | M | | F | X | |
| Tipo de Documento | | | | | | | Número | | | Expedida en | | Fecha de Expedición | | | | |
| C.C. | X | C.E | | T.I | | R.C | | PP | | 1004361185 | | SANTA MARTA (MAGDALENA) | | 06 JUNIO 2018 | | |
| 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 | | | | | | X | | | |
| Fecha nacimiento | | | Lugar de Nacimiento | | Direccion Domicilio | | | | | | Municipio / Ciudad | | | Departamento | | |
| 08 | 05 | 2000 | SANTA MARTA | | CII 16 #47-18 PANTANO | | | | | | SANTA MARTA | | | MAGDALENA | | |
| Correo Electrónico | | | | | | | | | | | No. Celular | | | Telefono | | |
| Noriegaladycaro@Gmail.com | | | | | | | | | | | 3003158793 | | | | | |
| Ocupación (Seleccione) | | | | | | | | | | | Actividad Principal CIIU | | | | | |
| Estudiante | | Independiente | | Empleado | | Hogar | | Jubilado | | | | | | | | |
| Detalle Actividad Económica | | | | | | | | | | Descripción del CIIU | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

## 1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

## 2. DATOS LABORALES

| Nombre de la Empresa o Negocio | Tipo de Empresa o Negocio | | | | | | | Cargo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Publica | | Privada | | Mixta | | Otra, cual? | |
| Dirección de empresa o negocio | | Ciudad | | Barrio | | No. Teléfono | | |
| | | | | | | | | |
| Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? | | | | | SI | | NO | |

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Total Ingresos Mensuales | | | Total Egresos mensules | | |
| Otros Ingresos Mensules | | | Otros Egresos Mensuales | | |
| Total Activos | | | Total Pasivos | | |
| Mes y año de corte de la información financiera suministra | Mes | Año | Es declarante? | SI | 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? | | | | | |
| 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 dinpósitos 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

## 5. FIRMA Y HUELLA



Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leido y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

LADY NORIEGA

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento