HUMB
Hospital Universitario
Julio Méndez
BARRENECHE

LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

CODIGO: GCLIP
VERSION: 04
FECHA DE ULTIMA REVISION: 27/02/2023
PAGINA 1 de 3

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, Karol Thomas Cuello identificado con Cédula No. 1002933534 y Profesión Enfermera AUTORIZO que el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUMB) 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 HUMB con fines de contratación.

FIRMA: Karol Thomas C.

	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://eli.humb.gov.co/proveedores/prnaturales.php		
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: (https://humb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		
5	Captura de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantalazo)		
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 publica (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 Título (**Médicos Generales y Especialistas**) – Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.		
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**)		
15	Tarjeta Profesional		
16	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)		
17	Poliza 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 Victimas 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/bkd/login/auth?spaceDestino=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://humb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.082.973.311
THOMAS CUELLO

APELLIDOS
KAROL DAYAN

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

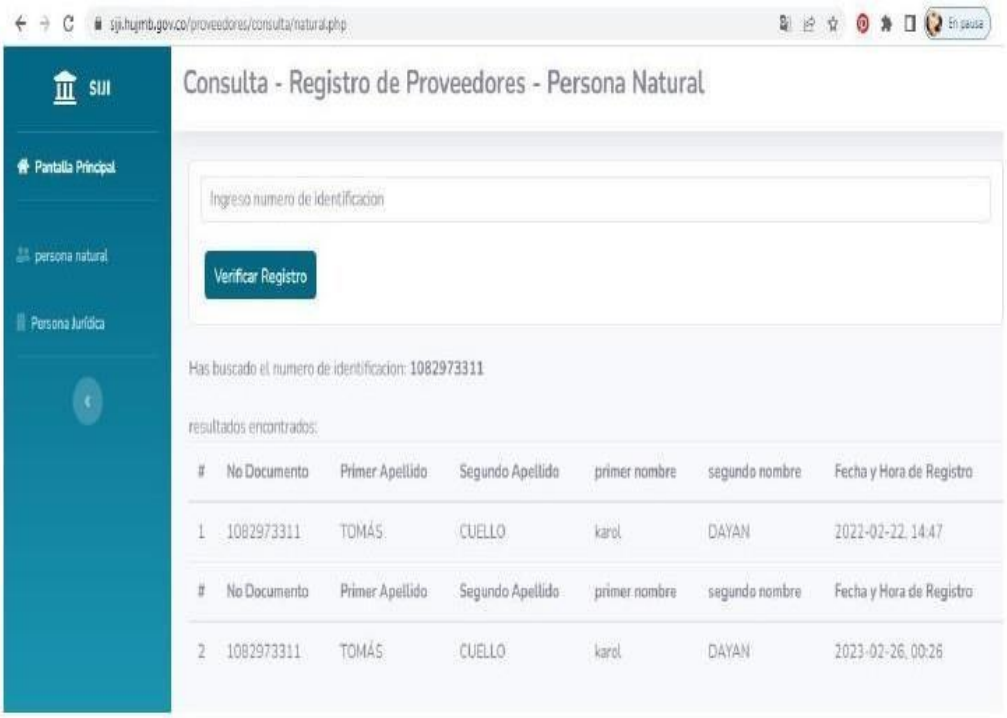
FECHA DE NACIMIENTO 24-SEP-1993
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

04-OCT-2011 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2100100-00350540-F-1082973311-20111214 0028705115A 1 37781791


sji.hujmb.gov.co/proveedores/consulta/natural.php
En pausa
SIJI
Pantalla Principal
persona natural
Persona Jurídica
Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural
Ingreso numero de identificacion
Verificar Registro
Has buscado el numero de identificacion: 1082973311
resultados encontrados:
No Documento Primer Apellido Segundo Apellido primer nombre segundo nombre Fecha y Hora de Registro
1 1082973311 TOMÁS CUELLO karol DAYAN 2021-02-22, 14:47
No Documento Primer Apellido Segundo Apellido primer nombre segundo nombre Fecha y Hora de Registro
2 1082973311 TOMÁS CUELLO karol DAYAN 2023-02-26, 00:26

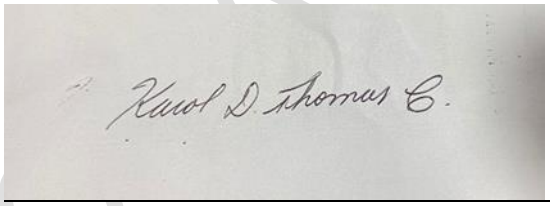
HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA DE BASE DE DATOS**	CODIGO: GJC18F VERSION: 01 FECHA DE ULTIMA REVISION: 02/06/2023 PAGINA 1 de 1

El(la) suscrito(a) KAROL DAYAN THOMAS CUELLO _____identificado con C.C./C.E./P.P No. 1082973311_____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 la República, Certificado de Antecedentes Disciplinarios – Procuraduría General de la Nación, Consulta de Antecedentes Judiciales – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - Consulta delnhabilidades 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 05 del mes de Diciembre de 2023.

Firma



Nombre: KAROL THOMAS CUELLO

Cédula 1082973311

COPIA CONTROLADA

Colombia Compra Eficiente

aumentar el contraste | UTC -5 17:06:19 | KAROL DAYAN TOMA...

Buscar ▼ | 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
Carga	
título	Sra.
Nombre	KAROL DÍAN
Apellidos	TOMÁS CUELLO
Fecha de nacimiento	24/09/1993 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	KAROL DAYAN THOMAS CUELLO
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
numero de documento	1082973311
direccion	CLL 32 # 20-14 PRIMERO DE MAYO
codigo postal	

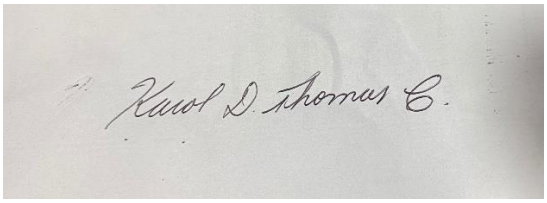
Santa Marta, 30 de Enero del 2024

Gerente (E):

German Vargas

Asunto: Ofertas de Servicios

Yo Karol Dayan Thomas Cuello identificada con documento numero 1.082.973.311 expedida en Santa Marta, presento mi propuesta y disposición como profesional de Enfermería, para prestar los servicios de proveer el cuidado integral básico a las usuarios y desarrollar sus actividades, de acuerdo con las políticas institucionales y normas vigentes.



Karol Dayan Thomas Cuello
Cc: 1.082973311
Celular: 3017847821
Dirección: Cll 32 #20-14 primero de mayo
Correo: kariitotho@gmail.com

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

3. Concepto: 0 2 — Actualización

4. Número de formulario: 14727580355

5. Número de identificación Tributaria (NIT): 1 0 8 2 9 7 3 3 1 1 — 6. DV: 1

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Santa Marta — 13. Buzón electrónico

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 7 3 3 1 1	2 0 1 1 1 0 0 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
THOMAS	CUELLO	KAROL	DAYAN

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 32 20 14

42. Correo electrónico: karol.thomas93@hotmail.com

43. Código postal — 44. Teléfono 1: 3 0 1 7 8 4 7 8 2 1 — 45. Teléfono 2

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
7 4 9 0	2 0 1 8 0 7 0 4	8 6 9 2	2 0 1 8 0 7 0 4				2 2 2 4	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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 - 14 / 15 : 03 : 32

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), debera ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán las procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.8 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

64. Nombre: THOMAS CUELLO KAROL DAYAN

65. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 13-12-2020 05:37:29PM

FORMATO COMPLETO

Libertad y Orden

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
Thomas	Cuello	Karol Dayan

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1082973311 | SEXO: F (X) M ( ) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) | PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 24 MES 09 AÑO 1993

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 32 20 14 primero de mayo

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: 3017847821 EMAIL: karitotho@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2010

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	
POSTGRADO	3	X		ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA	12	2022	14492
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	12	2017	14492

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PUERTO DE SANTA MARTA SOCIEDAD PORTUARIA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3017847821	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	03	*Año*	2019	*Día*	07	*Mes*	01	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA - PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 1 10A 12					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO PENITENCIARIO Y CARCELARIO INPEC SANTA MARTA			*PÚBLICA*		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3017847821	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* AREA SANIDAD PROMOCION Y PREVE						*DIRECCIÓN* CARRERA 17 24 32 alcazarez					

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*					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	1

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

Raul Thomas C.

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 REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE LA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL "LAURA VICUÑA"

DEL DISTRITO TURÍSTICO CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA - MAGDALENA

Aprobada por la Secretaría de Educación del Distrito Turístico Cultural e Histórico de Santa Marta, según resolución No. 1272 del 10 de Junio de 2008, y Certificada por el Modelo Europeo de Excelencia Educativa E.F.Q.M.

CONFIERE A:

Karol Dayan Thomas Cuello

Identificado (a) con T.I No. 930924-11476 Expedida en Santa Marta

EL TITULO DE

BACHILLER TÉCNICO

CON ESPECIALIDAD EN TURISMO:

OPERADORAS TURISTICAS Y RECREATIVAS

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondiente al Nivel de Educación Media Técnico, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional.

RECTORA

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

Anotado en el control interno del plantel en el

LIBRO No. 002 FOLIO No. _____ DIPLOMA No. 296

Dado en Santa Marta, a los 09 Dias del mes de Diciembre de 2010

ARGEN LEVEL

EFQM

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica: Resolución 1195 del 28 de Diciembre de 1961 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 761 del 7 de Mayo de 2013 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1468 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 04-422-2018

PROGRAMA: ENFERMERÍA

CODIGO SNIES: 4176

FECHA GRADO: 26 DE ENERO DE 2018

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SEDE SANTA MARTA

En atención a que KAROL DAYAN THOMAS CUELLO
con Cédula de Ciudadanía No 1.082.973.311 de Santa Marta
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de: ENFERMERA

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico de la Sede SANTA MARTA, mediante acta No 001 en sesión del día 17 de enero de 2018.

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:	DORIAM ESPERANZA CAMACHO RODRIGUEZ
Secretario(a) General:	GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de SANTA MARTA el día 26 DE ENERO DE 2018

Gloria Patricia Rave I.

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario(a) General

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1985 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

KAROL DAYAN THOMAS CUELLO

con cédula de ciudadanía No. 1.082.973.311 de Santa Marta
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

ENFERMERA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Santa Marta el día 26 de Enero de 2018

Director(a) Sede

Rector(a)

Gloria Patricia Ramos J
Secretario(a) General

Libro de Registros No. 0020420181 Folio No. 010 Registro No. 0093 Refrendado en Santa Marta el día 25 de Enero de 2018

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica: Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1985 del Ministerio de Educación Nacional
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional

En atención a que

KAROL DAYAN THOMAS CUELLO

con Cédula de Ciudadanía No. 1.082.973.311 de Santa Marta
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Santa Marta el día 17 de marzo de 2023
Libro de Registros No. 0070420231 Folio No. 021 Registro No. 0201
Refrendado en Santa Marta el día 16 de marzo de 2023

Director (a) Sede

Rector (a)

Gloria Patricia Ramos
Secretario (a) General

HACE CONSTAR QUE

La enfermera **KAROL DAYAN THOMAS CUELLO** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.082.973.311 no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

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

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veinte (20) días del mes de enero del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACION UNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA



KAROL DAYAN THOMAS CUELLO
C.C. 1.082.973.311

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
Santa Marta

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2018-01-26
FECHA DE INSCRIPCIÓN ReTHUS: 2018-02-26

14492

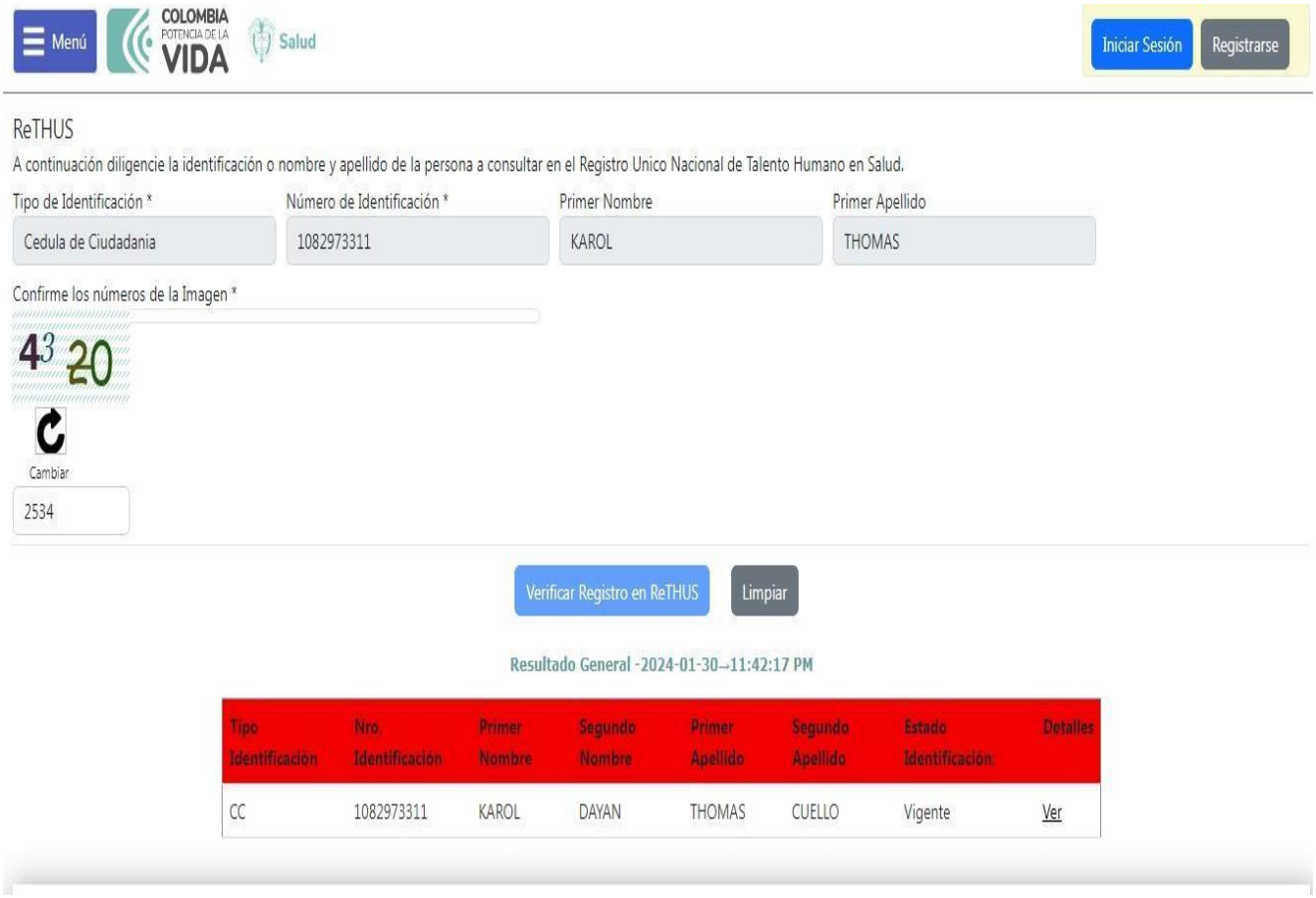
Crear-ID.com | 021 9115

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

FIRMA DEL PROFESIONAL


Menú
COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA
Salud
Iniciar Sesión
Registrarse
ReTHUS
A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.
Tipo de Identificación *
Cedula de Ciudadania
Número de Identificación *
1082973311
Primer Nombre
KAROL
Primer Apellido
THOMAS
Confirme los números de la Imagen *
Cambiar
2534
Verificar Registro en ReTHUS
Limpiar
Resultado General -2024-01-30–11:42:17 PM
Tipo Identificacion
Nro. Identificacion
Primer Nombre
Segundo Nombre
Primer Apellido
Segundo Apellido
Estado Identificación:
Detalles
CC
1082973311
KAROL
DAYAN
THOMAS
CUELLO
Vigente
Ver

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Karol Dayan Thomas Cuello

c.c. 1082973311 de Santa Marta - Magdalena

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

Fecha de emisión: 2022-07-15
Fecha de vencimiento: 2024-07-15

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 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Karol Dayan Thomas Cuello

c.c. 1082973311 de Santa Marta - Magdalena

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

Fecha de emisión: 2022-03-04
Fecha de vencimiento: 2024-03-04

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Karol Dayan Thomas Cuello

CC 1082973311 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Cálculo Dilución y Administración de Medicamentos con un total de 48 Horas.

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

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Karol Dayan Thomas Cuello

CC 1082973311 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.

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

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Karol Dayan Thomas Cuello

CC 1082973311 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: 2022-12-12
Fecha de vencimiento: 2024-12-12

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

SANTANDER MARQUEZ B.

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 02/12/2023 Ciudad: Santa Marta, Magdalena
Empresa: E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Nombres y Apellidos: KAROL DAYAN THOMAS CUELLO
Cedula: 1082973311 Sexo: F Edad: 30 Años
Labor a Desempeñar: ENFERMERA JEFE

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas especificas: **PUEDE LABORAR**

Previa entrega datos clínicos, comunicación en video llamada, se procede a realizar examen y verificación de datos. por su actividad laboral del sector salud se hacen reinducción en la protección para Riesgo Biológico; es importancia del uso Elementos de Protección (EPP) en la atención de pacientes; ante las emergencias sanitarias como CoviD-19, Otros Virus y Bacterias el uso de visor de protección facial, monogafas, traje antifluido tipo overol y guantes son importantes. Las medidas de prevención para otros Factores de Riesgos consignadas en el Programa de SG-SST previenen Accidente y Enfermedades laborales.

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR
Recomendaciones y/o restricciones: ○ HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE   ○ PAUSAS ACTIVAS   ○ USO DE EPP   ○ CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN LA EMPRESA.

Hacemos constar que hemos realizado examen médico a la trabajadora y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes.
La Trabajadora ha declarado bajo la gravedad del juramento, que los datos que ha suministrado para la elaboración del presente documento, son veraces y que no ha omitido información sobre su estado de salud. Evaluada por teleconsulta decreto 358 del 2020-telemedicina resolución 2654 de 2019 artículo 2 de la ley 1419 de 2010

SANTANDER MARQUEZ
Medico Laboral
R.M 0656 S.S.M Lic. S.O. 1301 S.S.M

CARRERA 24 # 19 – 07 Tel: 3126662123 - 3046817939
Santa Marta – Colombia

SANTANDER MARQUEZ B.

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador		4700191520 - SANTANDER ANTONIO MARQUEZ BUSTAMANTE			
Código y Nombre de la Sede		4700191520801 Santander Antonio Marquez Bustamante			
Departamento	MAGDALENA SANTA MARTA	Municipio	MAGDALENA SANTA MARTA	Dirección	Carrera 24 # 19 - 07 Barrio Libertador
Grupo de Servicio		Consulta Externa			

423 - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Servicio de Salud Habilitado

Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: DHSS0343086

Verifique la información de este documento, ingresando a: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultaDistintivo_dhss.aspx y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios DHSS0343086

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la Secretaría de Salud Distrital de Santa Marta - Dirección AVENIDA LIBERTADOR Nº 25-55 - Teléfono(s) 4209433 - 4209600 EXT 1411 4209600 EXT 1415 - Correo Electrónico saluddistrital@santamarta.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 24 - 01 - 2022 (DD-MM-AAAA)

Fecha de impresión: martes 08 de febrero de 2022 (8:10 a.m.)

CARRERA 24 # 19 – 07 Tel: 3126662123 - 3046817939
Santa Marta – Colombia

Fiduagraria

{fiduprevisora}

EL SUSCRITO GERENTE DEL CONSORCIO FONDO DE ATENCION EN SALUD PPL – 2017

CERTIFICA

Que el CONSORCIO FONDO DE ATENCIÓN EN SALUD PPL 2017 con Nit. 830.053.105-3, actuando como vocero y administrador del **PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL EN SALUD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD** conforme a lo establecido en el Contrato de Fiducia Mercantil No. 331 de 2016, celebró la orden de prestación de servicios, así:

No ORDEN DE SERVICIOS:	**59940-0309-2018**
CONTRATISTA:	**KAROL DAYAN THOMAS CUELLO**
CÉDULA:	**1082973311**

"OBJETO: EL CONTRATISTA se compromete a prestar sus servicios profesionales como ENFERMERA PROFESIONAL con plena autonomía técnica y administrativa para proveer servicios de salud a las personas privadas de la libertad recluidas en el EPMSC SANTA MARTA, hasta por 192 horas mensuales, acorde con la disponibilidad de áreas físicas, las necesidades de salud de la población objeto del contrato y dentro de los estándares de calidad de atención en salud, y de acuerdo con la oferta presentada y aceptada por el profesional, la cual hace parte integral de la presente orden de prestación de servicio..."

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS DIECINUEVE MIL CIENTO SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($9.819.164,00).

FECHA EJECUCION DEL CONTRATO: 7 de septiembre de 2018 al 31 de diciembre de 2018

Lo anterior, sin perjuicio que la orden de prestación de servicios se pueda dar por terminada con fundamento en las clausulas previstas para tal fin o por mutuo acuerdo entre las partes.

La presente certificación se expide a los catorce (14) días del mes de enero de 2019, a solicitud del Contratista y tiene una vigencia de 30 días.

Para verificar la información aquí contenida por favor escribir al correo electrónico t_hurrego@fiduprevisora.com.co.

MAURICIO IREGUI TARQUINO
Gerente Consorcio Fondo de Atención en Salud PPL 2017.
Como vocero y administrador del Fondo Nacional En Salud De Las Personas Privadas De La Libertad

Elaboró: Manuel Alejandro López Carranza – Técnico I Consorcio PPL 2017
Revisó: Fabián Leonardo Leguizamón Garzón-Director Jurídico Consorcio PPL 2017

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 1082973311 **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.

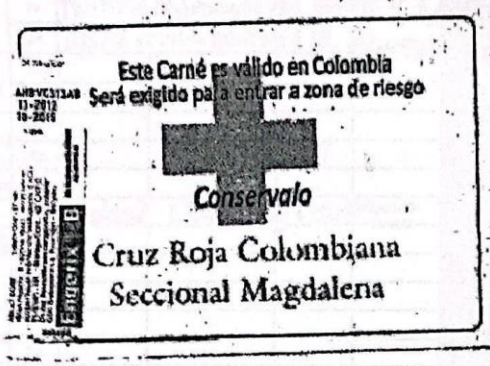
Se expide en Bogotá el 04/12/2023 02:15 PM

Código Verificación: **N6MFS7RLGJ**

Válida hasta: **03/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

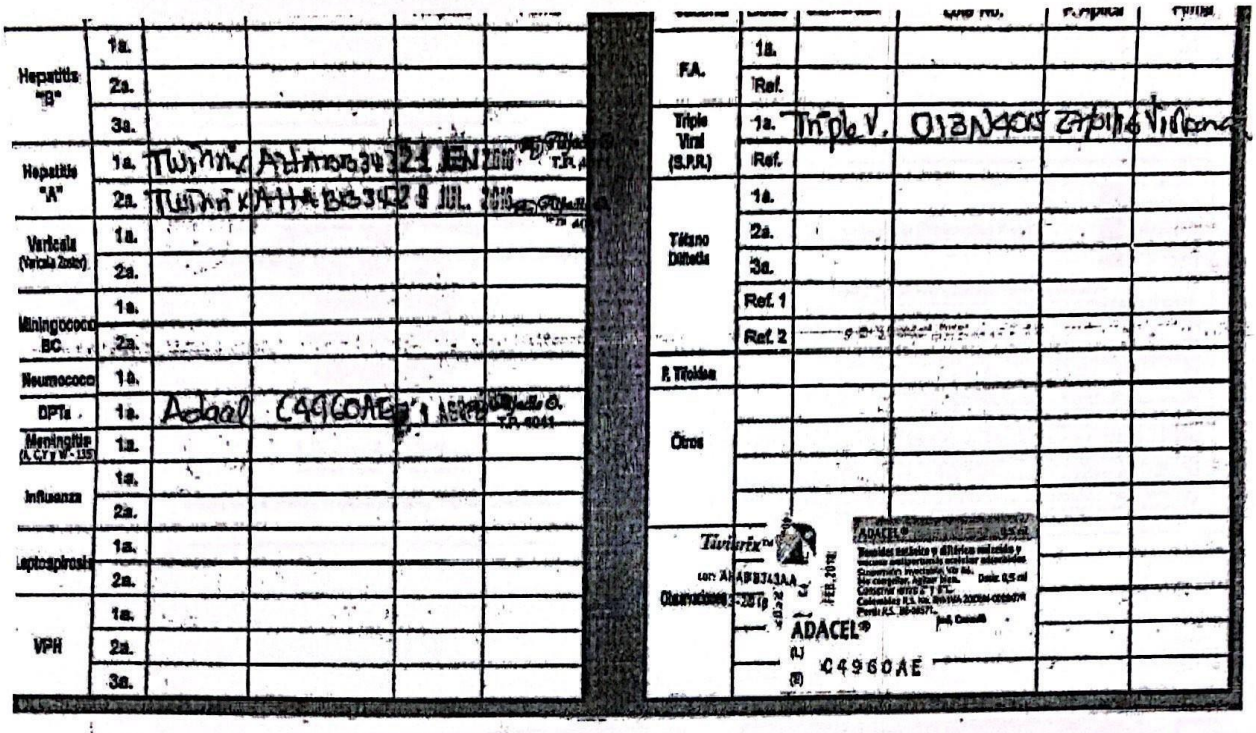
MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC





Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola Paperas	1			
Toxoide Tétanico Diftérico Td	1	24/02/24	0241100FE	
	2			
	3			
	4			
	5			
Hepatitis B	1	23-01-24	AHBVC378A	
	2	24/02/24	0FK1101	
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Fiebre Amarilla				
Influenza				
Virus de Papiloma Humano				



Hepatitis "B"	1a.				
	2a.				
	3a.				
Hepatitis "A"	1a.	Twinrix AHABB343AA 321 ENE 2018			
	2a.	Twinrix AHABB343AA 9 JUL. 2018			
Varicela (Varicela Zoster)	1a.				
	2a.				
Meningococo BC	1a.				
	2a.				
Neumococo	1a.				
DPTa	1a.	Adacel C4960AE			
Meningitis (A,C,Y,W - 135)	1a.				
Influenza	1a.				
	2a.				
Leptospirosis	1a.				
	2a.				
VPH	1a.				
	2a.				
	3a.				

FA.	1a.				
	Ref.				
Triple Viral (S.P.R.)	1a.	Triple V. 013N40AA Zapiña Viñana			
	Ref.				
Tétano Difteria	1a.				
	2a.				
	3a.				
	Ref. 1				
	Ref. 2				
F. Tifoidea					
Otros					

Twinrix AHABB343AA FEB. 2018 ADACEL® C4960AE

ESQUEMA DE VACUNACION ADULTO

BIOLOGICO	DOSIS	FECHAS DE APLICACION
Influenza	1 Dosis cada año	Al Iniciar
Hepatitis B	3 Dosis	1a. Dosis Inicial 2a. Dosis al mes 3a. Dosis a los 6 meses
Hepatitis A	2 Dosis	1a. Dosis Inicial 2a. Dosis a los 6 meses
Varicela	2 Dosis	1a. Dosis Inicial 2a. Dosis al mes
DPTa	1 Dosis	1 Dosis cada 10 años
Meningitis (A,C,Y,W-135)	1 Dosis	Única Dosis
Meningococo BC	2 Dosis	1a. Dosis Inicial 2a. Dosis a los 2 meses
Fiebre Amarilla	1 Dosis	Única Dosis cada 10 años
Fiebre Tifoidea	1 Dosis	1 Dosis cada 5 años
VPH	3 Dosis	1a. Dosis Inicial 2a. Dosis a los 2 meses 3a. Dosis a los 6 meses
Neumococo	1 Dosis	Única Dosis cada 5 años

Servicio:
Medical Care

- Hepatitis B
- Hepatitis A
- Fiebre Amarilla
- Influenza
- Meningitis
- Neumococo
- Varicela
- Tétano
- Triple Viral
- VPH

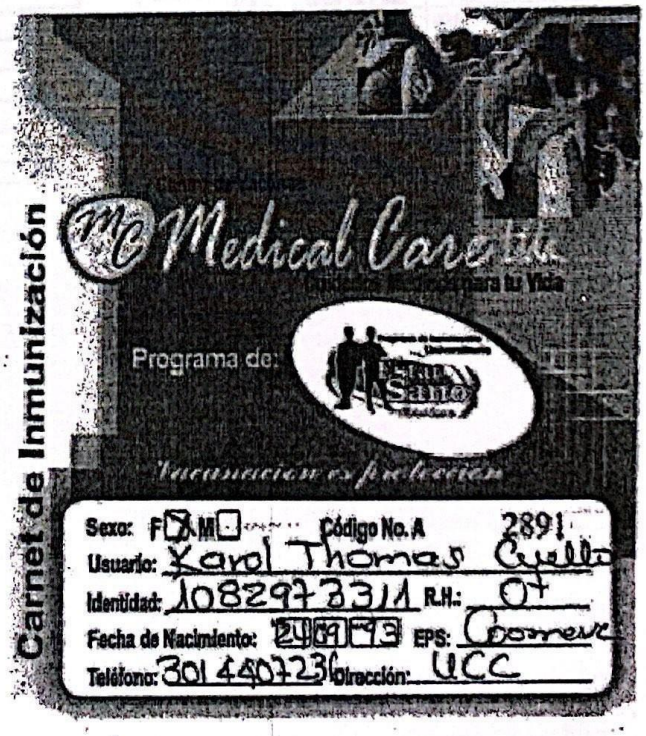
Vigilado por: Supersalud

Barranquilla: Cra 49C No. 80 - 175 Cons. 1 Tel: 345 1044 Cel. 317 6649636

Sincelejo: Cra 21 No. 14-45 Piso 2 Cons 4 Dentro de Ser Mujer Tel 2801414 Cel 317 6610976

Cartagena: Centro Médico los Ejecutivos Local 105 Tel. 661 4002 Cel. 318 4721078

www.medcare.com.co



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

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Yerol
Apellidos:	Rhenals Ruelo
Documento de identidad:	C.C. ☐ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 93042411436
Fecha de nacimiento:	Día 24 Mes 09 Año 1993

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	11-04-09	932405	Lily Lozada
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	21-12-10	0246800	Kalenda
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	24			
	12	66192		
	2010			
Contra Influenza	1	28/9/14	1410301	
	2	BB88	21/02/16	
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	20-02-21	P Fizer	EN1194	HUJMB	[illegible] C	57170484
	2	13-03-21	P Fizer	EN1195	HUJMB	Erica Aguirre	64869701
		30-11 2021	Moderna	COSTICA	Plaueta 1A	Nicolle Fajardo	1004363485

Escaneado con CamScanner



Escaneado con CamScanner

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	2023-03-06 13:49

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
KAROL	DAYAN	THOMAS	CUELLO

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1082973311

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Dirección	
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	$13.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$13.000.000,00

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
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$2.300.000,00

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:

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) KAROL DAYAN THOMAS CUELLO identificado(a) con CC 1082973311 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/07/2018

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **UT BIENESTAR IPS CLINICA AVIDANTI SANTA MARTA I NIVEL**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 30 dias del mes 1 del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

KAROL DAYAN THOMAS CUELLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.082.973.311**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Enero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **KAROL DAYAN THOMAS CUELLO** identificado con **CC** No. **1082973311,** registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE - NI. 891780185	**Fecha de afiliación:** 14/01/2021 **Fecha de inicio de cobertura:** 01/09/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/01/2024 **Fecha fin de Contrato:** 31/03/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 3 **Cargo :** TRABAJADOR INDEPENDIENTE

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401011660437.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 31 días del mes de enero de 2024.

Cordialmente,

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

HUJMB

FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL

CODIGO FINCAP:
VERSIÓN: 002
FECHA DE ULTIM. REVISION: 10/12/2020

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta	Santa Marta	01/10/2021

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	Sexo
Karol Dayan Thomas Cuello	M: F: X

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C. X C.E. T.I. R.C. PP	1082977331	Santa Marta	06/10/2011

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbano
X								X	2			X		X

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Dirección Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
24 09 93	Santa Marta	Cll 32 #20-14 Primero de Mayo	Sta Mta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Teléfono
Karol.Thomas93@hotmail.com	3017847821	3017847821

Ocupación (Seleccione) — Actividad Principal CIIU

Estudiante	Independiente	Empleado	Hogar	Jubilado	
		X			

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
Enfermera	7490

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio					Cargo
HUJMB	Pública X	Privada	Mixta	Otra, cual?		Enfermera

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
Cra 14 #23-42	Santa Marta	Alcatraz	4365007

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI	NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	2.900.000	Total Egresos mensuales	2.200.000
Otros Ingresos Mensuales	0	Otros Egresos Mensuales	0
Total Activos	2.700	Total Pasivos	2.700
Mes y año de corte de la información financiera suministrada: Mes	12 Año 2022	Es declarante?	SI NO X

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare el manejo recursos publicos y/o Detenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

Declara que soy persona políticamente expuesta PEP?

Declara que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado provienen 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 tal cuales relativos a continuación:
Hospital Universitario Julio Mendoza Iguarán, y no acepto como propias, las depósitos que a mi(s) nombre(s) efectúen terceros con objeto, procedencia de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o que 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 Mendoza Iguarán 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 Barraneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de la información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. La 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 así generará 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 Barraneche 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 Barraneche la utilización o revocar la 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 Barraneche E.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones de/o frente de los terceros antes citados. 5) He

Karol Thomas C.

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):