En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO, Identificado con Cédula No. 1.042.425.641 DE SOLEDAD / ATL. y Profesión ENFERMERA JEFE, **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 acontinuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Loly Andrea Ramirez Navarro

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad	✓	
2	Cedula de Ciudadanía	✓	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.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/	✓	

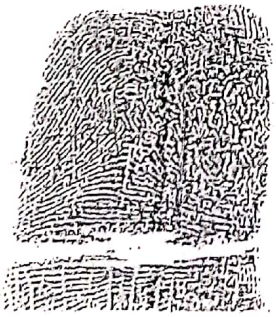
Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.042.425.641
RAMIREZ NAVARRO
APELLIDOS
LOLY ANDREA
NOMBRES

Loly A. Ramirez Navarro
FIRMA





INDICE DERECHO

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

1.50	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

09-DIC-2005 SOLEDAD
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

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

Powered by CamScanner

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

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

Resultados encontrados:

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

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

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

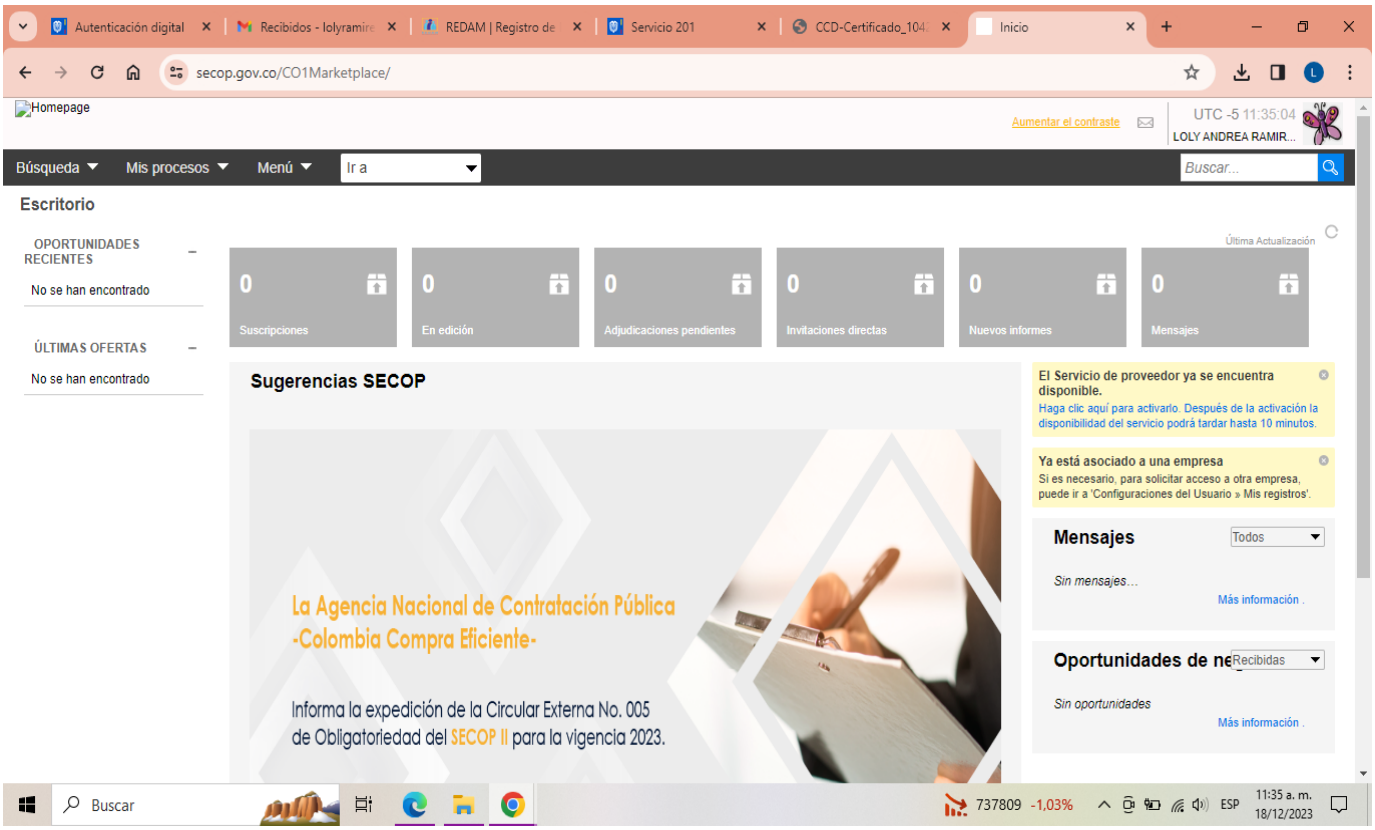
El (la) suscrito(a) LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO, identificado con C.C./C.E./P.P No. 1.042.425.641 expedida en SOLEDAD / ATL autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. 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 09 del mes de septembre de 2023.

Firma Loly Andrea Ramirez Navarro
Nombre Loly Andrea Ramirez Navarro
Cédula 1042425641

Powered by CamScanner


Autenticación digital
Recibidos - lolyramire
REDAM | Registro de
Servicio 201
CCD-Certificado_104
Inicio
secop.gov.co/CO1Marketplace/
Homepage
Aumentar el contraste
UTC -5 11:35:04
LOLY ANDREA RAMIR...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
Última Actualización
0 Suscripciones
0 En edición
0 Adjudicaciones pendientes
0 Invitaciones directas
0 Nuevos informes
0 Mensajes
Sugerencias SECOP
La Agencia Nacional de Contratación Pública -Colombia Compra Eficiente-
Informa la expedición de la Circular Externa No. 005 de Obligatoriedad del SECOP II para la vigencia 2023.
El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.
Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.
Mensajes
Todos
Sin mensajes...
Más información .
Oportunidades de ne
Recibidas
Sin oportunidades
Más información .
Buscar
737809 -1,03%
ESP
11:35 a. m.
18/12/2023

santa Marta 27 de enero de el 2024

DOCTOR
GERMAN VARGAS
GERENTE
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
E S E

RESPETUOSO SALUDO

Muy comediante le presento a usted mi propuesta de trabajo como enfermera jefe en la cual me he desempeñado, cumpliendo a cabalidad con todas las funciones que me has asignado durante dicho periodo en la institución.

A lo largo de mis 8 años de experiencia como enfermera he afrontado todo tipo de responsabilidades como evaluación de nuevos pacientes, la preparación y administración de medicamentos y el control de riesgos de salud para los pacientes y para el riesgo de equipo de enfermeros. Espero cumplir con el perfil que se necesite.

Agradezco la colaboración que tenga a la presente.

Atentamente:

Loly Andrea Ramirez Navarro

LOLY ANDREA RAMÍREZ NAVARRO
CC: 1.082.425.641 de soledad
Correo: lolyramirezn@gmail.com
Dirección: manzana 70 casa 13 ciudadela 39 de julio

Powered by CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14693913960

(415)7707212489984(8020) 000001469391396 0

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 4 2 4 2 5 6 4 1	2 0 0 5 1 2 0 9

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Soledad 7 5 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RAMIREZ	NAVARRO	LOLY	ANDREA

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: MZ 70 CA 13 URB CIUDADELA VEINTINUEVE DE JULIO

42. Correo electrónico: lorana06@hotmail.com

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

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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 06 - 02 / 20 : 09: 24

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

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

984. Nombre RAMIREZ NAVARRO LOLY ANDREA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

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

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1042425641	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 06 MES 09 AÑO 1987				
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO		EMAIL	LOLYRAMIREZN@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	2004

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).

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

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

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

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 O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	28	*Mes*	10	*Año*	2020	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ENFERMERA	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 ESTE 23 42 ESTE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA PERFECT BODY MEDICAL CENTER			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4237101	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	11	*Año*	2015	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA - PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO						*DIRECCIÓN* CARRERA 20 ESTE 15 110 ESTE					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*		*PRIVADA*		*PAÍS*					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*		*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*						*DIRECCIÓN*					

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	3	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	2

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta 18-12-2023

Loly Ramira Navarro

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

Powered by CamScanner

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre el

Colegio Nuestra Señora de Fátima

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

Confiere a

Ramírez Navarro Dolores Magdalena

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

el Título de:

Bachiller Comercial

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

Capitán Sonia López Ardila
Rectora

Mónica Cuervo López
Secretaria Académica

Registro Interno No. 068 Acta No 05

Dado en Soledad Atlántico el 7 de Diciembre de 2004

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

Powered by CamScanner

Acta Individual de Grado

Colegio Nuestra Señora de Fatima

Calle 30 Via Aeropuerto - Soledad

Inscripción S.E. 009

Dane: 108758001852

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

Bachiller Comercial

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

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

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

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

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

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

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

Capitán Sonia López Ardila
Rectora

Mónica Cuervo López
Secretaria Académica

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

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

En atención a que

LOLY ANDREA RAMÍREZ NAVARRO

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

ENFERMERA

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

Director(a) Sede

Rector

Gloria Patricia Ramos J
Secretario(a) General

Decano(a) de la Facultad

Registros y Diplomas

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

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

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

Acta Individual de Graduación No. 1

PROGRAMA: ENFERMERÍA

CÓDIGO SNIES: 4176

FECHA: 23 DE MARZO DE 2012

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SEDE SANTA MARTA

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

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

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

Rector: CÉSAR AUGUSTO PÉREZ GONZÁLEZ

Director(a) Académico de la Sede OMAR VARGAS VARGAS

Decano(a) Facultad MONICA CABALLERO ZAMBRANO

Secretaria General GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

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

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretaria General

Powered by CamScanner

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO** dentificada con la cédula de ciudadanía 1042.425.641 no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

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

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los trece días (13) días del mes de diciembre del año dos mil veintitrés (2023)

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 1975

"Por la cual se registra un título"

LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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

CONSIDERANDO:

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

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

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

RESUELVE:

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

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

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

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

ZANDRA LUCIA CASTAÑEDA LOPEZ
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Proyectó: Juana Molina - Profesional Universitario.

Revisó: María Luisa Pérez N. - Profesional Especializado.

RESPETO POR EL MAGDALENA

Powered by CamScanner

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

LA SUSCRITA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

CERTIFICA:

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

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

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

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

ZANDRA LUCIA CASTAÑEDA LÓPEZ
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Proyectado por: María Luisa Pérez N. – Profesional Especializado

RESPETO POR EL MAGDALENA

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERIA

Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC



NOMBRES LOLY ANDREA

APELLIDOS RAMIREZ NAVARRO

C.C. 1.042.425.641 SOLEDAD

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RUN No. 42068

Fecha de Expedición 10/FEBRERO/2015

Crear-ID.com

REGISTRADORA NACIONAL ANEC

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

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

Powered by CamScanner

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 1042425641

Primer Nombre: LOLY

Primer Apellido: RAMIREZ

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

9111

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-12-07→6:25:36 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1042425641	LOLY	ANDREA	RAMIREZ	NAVARRO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO identificado(a) con CC 1042425641 registra La siguiente información:

2023-12-07→6:25:36 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora

Medicall

OTORGA A:

LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO

Cédula de ciudadanía: 1042425641

EL PRESENTE CERTIFICADO POR:

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

CURSO DE ATENCIÓN DE VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL

72 Horas

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

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

Dr. Jaime Luis Camargo Páez
Representante Legal

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Loly Andrea Ramírez Navarro

CC 1042425641 de Soledad - Atlántico

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

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

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Loly Andrea Ramírez Navarro

CC 1042425641 de Soledad - Atlántico

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

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

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Loly Andrea Ramírez Navarro

CC 1042425641 de Soledad - Atlántico

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

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

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Loly Andrea Ramírez Navarro

CC 1042425641 de Soledad - Atlántico

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

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

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Verificación

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

Certifica

Loly Andrea Ramírez Navarro

CC 1042425641 de Soledad - Atlántico

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

Fecha de emisión: 2023-06-21
Fecha de vencimiento: 2025-06-21

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

LABORATORIO CLÍNICO
MARTINEZ

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso

Fecha de consulta: 16/07/2022

Información paciente



Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR

Empresa en misión:

Nombre completo: LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO

Identificación: CC: 1042425641

Responsable: El mismo paciente

Acompañante: Ninguno

Cargo: ENFERMERA

Fecha nacimiento: 06/09/1987

Edad: 34

Genero: Femenino

Estado civil: Soltero

Escolaridad: Pregrado (Universitaria)

Teléfono:

Dirección: Magdalena. Santa marta,

N° hijos: 1

ARL:

EPS: EPS Sanitas

AFP: Porvenir S.A.

Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Recomendaciones generales

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

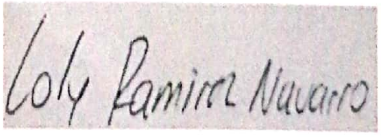
Recomendaciones especificas

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

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

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

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



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

Powered by CamScanner

Perfect Body
medical center

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

A QUIEN PUEDA INTERESAR

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

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

Cordialmente,

Perfect Body
NIT. 900.223.667 - 4

ADRIANA LIZCANO ALVAREZ
RECURSOS HUMANOS
Tel: 4217902 Ext: 505

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

Powered by CamScanner

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 1042425641 **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 18/12/2023 11:31 AM

Código Verificación: **3MUFJ7H2EW**

Válida hasta: **17/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

Profamilia

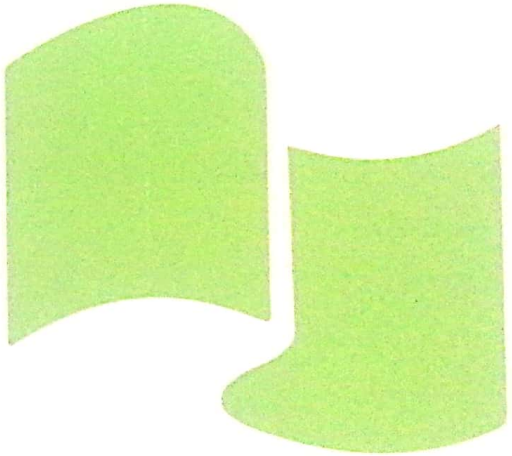
Pensando en ti

Línea gratuita nacional 01 8000 110 900

www.profamilia.org.co

Profamilia

Pensando en ti



Certificado de vacunación

Nombres: Lady Andrea

Apellidos: Ramirez Navarro

Documento de identidad: CC TI 1042425641

Fecha de nacimiento: 6 - 9 - 1987

día/mes/año

FUNCIÓN PÚBLICA

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2023-05-17 12:31

Nombres y apellidos completos

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

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1042425641

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA		

Dirección	
Cargo o función que cumple	

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

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

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1042425641
NOMBRES Y APELLIDOS	Ramirez Navarro,Loly Andrea
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	10/08/2021
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Ramirez Navarro,Loly Andrea, a los 05 días del mes de diciembre del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

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

La presente certificación se expide el 5 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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 de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO** con **CC** No. **1042425641**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 891780185 - HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	**Fecha de última cobertura:** 01/09/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 01/11/2023 **Fecha fin de Contrato:** 31/12/2023 **Clase de Riesgo:** 3 **Cargo :** ENFERMERA(O) **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

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): 20230102292808.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 5 días del mes de diciembre de 2023.

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
MIS_4_1_3_FR15 v_07

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

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

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

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

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

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

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

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

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
ENFERMERA	

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

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

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

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

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

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

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

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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

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

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



Loly Andrea Ramirez Navarro

5. FIRMA Y HUELLA

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

_____

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

Powered by CamScanner