HUJMB
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez BARRENECHE

LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

CODIGO: GJC12F
VERSION: 06
FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 7/09/2023
PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, Jorey Carolina Escobar Correa; Identificado con Cédula No. 1.149.716.347 y Profesión Auxiliar De Enfermeria. **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Jorey Escobar Correa

	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://slji.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/**	✓	

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 49716347

ESCOBAR GUERRA
APELLIDOS

LOREY CAROLINA
NOMBRES

Lorey Escobar
FIRMA



Escaneado con CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-JUN-1982
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.48 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

09-ENE-2001 VALLEDUPAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

Escaneado con CamScanner

0200100-37095466-F-0049716347-20011019 00604 01291A 01 095206716

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **49716347**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	49716347	ESCOBAR	GUERRA	LOREY	CAROLINA	2023-06-22, 2:01 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) Lorey Escobar Guerra. identificado con C.C./C.E./P.P No. 49716347 expedida en Valledupar, 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 14 del mes de marzo de 2024.

Firma Lorey Escobar Guerra.
Nombre Lorey Escobar Guerra.
Cédula 49716347

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Título	Sra.
Nombre	LOREY CAROLINA
Apellidos	ESCOBAR GUERRA
Fecha de Nacimiento	22/06/1982 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	LOREY CAROLINA ESCOBAR GUERRA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	49716347
Dirección	MZ 4 CASA 40 CANARIAS ETAPA 2
Código postal	
Estrato	4
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	LOREYCAROLINA22@HOTMAIL.COM
Teléfono	3013762352
Celular	3013762352
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es tu apodo?
Respuesta	valledupar
SMS para recuperar la contraseña	3013762352

Santa Marta, ,Marzo del 2024

Doctor

GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA

Gerente

E.S.E Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche

Cordial saludo,

A solicitud de su respetada institución, Yo LOREY ESCOBAR GUERRA identificada con la C.C. 49.716.347 Valledupar, por medio de la presente muy respetuosamente me permito presentarle mi propuesta para prestar mis servicios como Auxiliar de Enfermería para laborar en la E.S.E Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche.

Agradeciendo su atención a la presente.

Atentamente,

Lorey Escobar Guerra

LOREY ESCOBAR GUERRA

C.C 49.716.347 Valledupar

Direccion: Mz 4 Casa 40 Canarias Etapa 2

Email: loreycarolina22@hotail.com

Cel: 3013762352

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14204275031

(415)7707212489984(8020) 000001420427503 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 9 7 1 6 3 4 7	2	Impuestos y Aduanas de Valledupar 2 4	

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	4 9 7 1 6 3 4 7	2 0 0 1 0 1 0 9

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cesar 2 0	Valledupar 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ESCOBAR	GUERRA	LOREY	CAROLINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cesar 2 0	Valledupar 0 0 1

41. Dirección principal: CR 20 12 45 BRR DANGOND

42. Correo electrónico

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 4 0 4 3 4 2 0	

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 0 7 0 6 1 2						3 2 2 3	

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 2012 - 12 - 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 MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA
985. Cargo Gestor II

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
Escobar	Guerra	Lorey Carolina

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 49716347 | 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 22 MES 06 AÑO 1982

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 51 9C 46 BARRIO BASTIDAS

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: EMAIL: loreycarolina22@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1988
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	2	X		AUXILIAR EN ENFERMERIA	11	2006	

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 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	04	*Mes*	08	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA AUXILIAR	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 ALCAZARES				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4314800	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2015	*Día*	18	*Mes*	01	*Año* 2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA AUXILIAR	*DEPENDENCIA* AREA HOSPITALIZACION						*DIRECCIÓN* CALLE 22 15 20				

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	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	8

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, Marzo/2024

Jorey Escobar Cevelra.

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

En nombre de la República de Colombia
y por autorización del
Ministerio de Educación Nacional
La Corporación de Estudios Técnicos Ocupacional Sistematizada

CETECOS

Autorizada por la Secretaría de Educación Distrital
Según Resolución No. 108 del 18 de Febrero de 1997
y 411 del 6 de Septiembre del 2000

En Atención a que

LOREY CAROLINA ESCOBAR GUERRA

Identificado (a) con C.C./T.I. 49.716.347 Expedida en Valledupar (Cesar)

Ha completado todos los estudios y llenado los requisitos legales y estatutarios exigidos en el nivel de educación no formal conforme a la norma reglamentada por el decreto 114 de 1.996 artículo 13

Otorga el Presente Certificado de Aptitud Ocupacional y Conocimientos Académicos en:

Auxiliar de Enfermería

Intensidad Horaria 1800 Horas

En testimonio de ello se firma y sella el presente certificado dado en Santa Marta,
El Día 29 del mes de Diciembre del año 20 06 Acta de Grado No. 4155

CETECOS

CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

ACTA DE CERTIFICADOS No. 4155

En la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, República de Colombia, a las 2:00 p.m. del día 29 de Diciembre de 2006, se llevó a cabo el acto solemne de entrega de certificados de Aptitud Ocupacional y conocimientos académicos en:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

A:

LOREY CAROLINA ESCOBAR GUERRA

DI. 49.716.347 expedido en Valledupar (Cesar)

El aspirante terminó sus estudios, y cumplió todos los demás requisitos exigidos por la institución para optar el certificado, tales como haber aprobado todos los módulos de formación, de conformidad con el reglamento vigente y se encuentra a Paz y Salvo con la institución por todo concepto.

La solemnidad estuvo presidida por los suscritos Director, Coordinador Académico, Secretaria General de la Institución y el Cuerpo Docente.

Número de Horas: 1800

Para Constancia se firma la presente acta en el número de copias que ordena el Reglamento Académico.

DIRECTOR ACADEMICO
ANA MARIA GARCIA BOYANO

COORDINADOR ACADEMICO
JAIRO GARCIA LOPEZ

La República de Colombia

Y en su Nombre el

Externado Nacional de Bachillerato
Hugo J. Bermúdez

Jornada Tarde
Santa Marta - D.T.C.H.

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional Según Resolución No. 17617 del 15 Noviembre de 1988

Confiere a

LOREY CAROLINA ESCOBAR GUERRA

Documento de Identidad No. 49.716.347 de VALLEDUPAR

El Titulo de

BACHILLER ACADEMICO

Estudio
Dedicación y Convivencia

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral propuestos para el nivel de Educación Media Académica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. - de la Institución

Rectora

Secretaria

Anotado en el control interno del Plantel en el Libro No. 01 Folio 016 Acta 041
Dado en Santa Marta, a los 20 días del mes de Diciembre de 2001

Acta de Grado

En la ciudad de **SANTA MARTA** a los (20) días del mes de DICIEMBRE de 2001 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos rectora y secretaria en la oficina de rectoría del **EXTERNADO NACIONAL DE BACHILLERATO HUGO J. BERMUDEZ,** institución aprobada hasta **UNDECIMO GRADO** en el nivel de educación media vocacional y autorizada por el MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL para otorgar el título de **BACHILLER** en la modalidad **ACADEMICA** según **Resolución 17617** del **15** de Noviembre de **1988.**

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de educación media vocacional, se procedió a otorgar el TITULO de **BACHILLER ACADEMICO** al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación **LOREY CAROLINA ESCOBAR GUERRA, Documento de Identidad No.49.716.347 Expedido en VALLEDUPAR.**

Es fiel copia tomada del Acta original general No. **041** de fecha 20 de Diciembre del **AÑO 2001** que consta de **112** alumnos que comienza con el nombre de **ACOSTA GUERRERO RICARDO ALFONSO** y termina con el nombre de **VILLEGAS MARTINEZ EVERLIDES** , Firmado y sellado por **RUTH MARIA BOLAÑO GUERRERO** (Rectora) **y JULIA ESTHER MOZO LOVERA** (Secretaria).

Dado en **Santa Marta** a los un **(20)** días del mes de Diciembre de **2001.**

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, no serán autenticados ni sellados de acuerdo a los artículos 46 y 47 del Decreto 1122 de 1999.

RUTH MARIA BOLAÑO GUERRERO
La Rectora
C.C. 39.026.328 de Ciénaga

JULIA ESTHER MOZO LOVERA
La Secretaria
C.C. 36.536.454 de Santa Marta

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47-4462

Por la cual se registra un título

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEPARTAMENTAL
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994 y Resoluciones No. 02085 de febrero 7 de 1989 y 0440 de febrero 8 de 1993

CONSIDERANDO:

Que, **LOREY CAROLINA ESCOBAR GUERRA,** identificada con Tarjeta de Identidad Nº 49.716.347 expedida en Valledupar - Cesar, ha solicitado el registro de su TITULO de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** que le otorgó LA CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA "CETECOS", según Acta de Grado No. 4155 de fecha 29 de Diciembre de 2006.

RESUELVE:

ARTÍCULO UNICO: Autorizar a **LOREY CAROLINA ESCOBAR GUERRA** para ejercer la profesión de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en todo el territorio Nacional.

COMUNÍQUESE Y PUBLIQUESE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 16 FEB. 2007

SECRETARIO DE SALUD DEL MAGDALENA

COORDINADOR

Proyectado por Angélica Restrepo Garceranth

LIDERAZGO SEGURIDAD Y TRANSPARENCIA

Powered by CamScanner

Cambiar

3569

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-09-08→11:03:36 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	49716347	LOREY	CAROLINA	ESCOBAR	GUERRA	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) LOREY CAROLINA ESCOBAR GUERRA identificado(a) con CC 49716347 registra La siguiente información:

2023-09-08→11:03:36 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2007-02-16	4462	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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

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

Lorey Carolina Escobar Guerra

CC 49716347 de Valledupar

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

Fecha de emisión: 2022-11-25
Fecha de vencimiento: 2024-11-25

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educat
Desarrollo Humano
Docente Especialista

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

Lorey Carolina Escobar Guerra

CC 49716347 de Valledupar

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

Fecha de emisión: 2022-12-03
Fecha de vencimiento: 2024-12-03

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 Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.grupocolombianodeemergencias.com

CERTIFICA QUE:

LOREY CAROLINA ESCOBAR GUERRA

C.C. 49.716.347

REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

"GESTIÓN DE[L] DUELO"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (M[AGDA]LENA) EL DÍA 07 DE ENERO DEL 2022
DURACIÓN 08 HORAS

TEMARIO: ROL DEL PROFESIONAL EN LOS PROCESOS DE NEGACIÓN Y ACEPTACIÓN EN EL PACIENTE, EL DUELO EN SITUACIONES ESPECIALES, DUELO ANTICIPATORIO, DUELO POR SUICIDO, DUELO POR MUERTE TRAUMÁTICA, DUELO POR DESAPARICIÓN, DUELO POR MUERTE PERINATAL.

RESOLUCIÓN 3100/2019. **LICENCIA No 10316 de 09/07/2021.**

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

FECHA DE RENOVACION ENERO 2024.

KAREN LOBO NARVAEZ.
DIRECTORA NACIONAL COLOMBIA G.C.E.
LINEA NACIONAL: 310 7451759

CELULAR: 3107451759

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA-EPIDEMIOLOGA
RM No. 1020721546

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS
LICENCIA No. 4461 DEL 24 DE ABRIL DE 2011
PARA CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN
DE SECRETARIA DE SALUD
NIT. 900386743-5

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

ORGULLOSA[MENTE] COLOMBIA

Lo Bueno del Grupo es Estar
LINEA GRATIS NACIONAL 0180009
LINEA NACIONAL 3107451759

Powered by CamScanner

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.grupocolombianodeemergencias.com

CERTIFICA QUE:

LOREY CAROLINA ESCOBAR GUERRA

C.C. 49.716.347

REALIZO EL CURSO TALLER DE:

"ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALEMA) EL DÍA 07 DE ENERO DEL 2022

DURA[illegible]08 HORAS.

TEMARIO: PROTOCOLO PARA RESPONDER ANTE EMER[illegible]CIAS, PRIMER RESPONDIENTE A INCIDENTES CON SUSTANCIAS Y/O AGENTES QUÍMICOS, VALORACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA PARA INCIDENTES CON ATAQUES QUÍMICOS, SISTEMAS DE IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN CON SUSTANCIAS PELIGROSAS, MANEJO DE LAS 10 SUSTANCIAS QUÍMICAS QUE CONSTITUYEN UNA PREOCUPACIÓN PARA LA SALUD PUBLICA SEGÚN LA OMS, ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS CAUSADOS POR ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS, PROTOCOLO DE SEGURIDAD Y BIOSEGURIDAD EN EL MANEJO DE VICTIMA POR SUSTANCIAS QUÍMICAS, ATENCIÓN VALORACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA EMERGENCIA MÉDICA.

Resolución 3100/2019. **LICENCIA No 10316 de 09/07/2021.**

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA-EPIDEMIOLOGA
RM No. 1020721546

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS LICENCIA No. 4481 DEL 23 DE ABRIL DE 2015 PARA CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN DE SECRETARIA DE SALUD NIT: 900386743-5

FECHA RENOVACION ENERO 2024.

Cel. 3107451759

ORGULLOSAMENT[illegible] COLOMBIANO

Lo Bueno del Grupo es Estar en E[illegible]
LINEA GRATIS NACIONAL 018000942[illegible]
LINEA NACIONAL 3107451759

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

Powered by CamScanner

LABORATORIO CLÍNICO
MARTINEZ

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso

Fecha de consulta: 22/06/2023

Información paciente



Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Nombre completo: LOREY CAROLINA ESCOBAR GUERRA
Responsable: El mismo paciente
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA
Edad: 41
Estado civil: Casado
Teléfono:
Nº hijos: 2
EPS: Salud Total EPS

Empresa en misión:
Identificación: CC: 49716347
Acompañante: Ninguno
Fecha nacimiento: 22/06/1982
Genero: Femenino
Escolaridad: Técnica
Dirección:
ARL:
AFP: Porvenir S.A.

Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Anexo

SE REALIZO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Recomendaciones generales

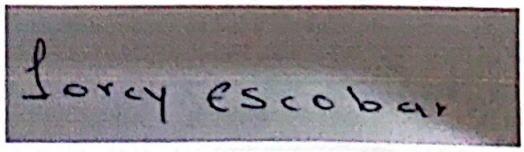
- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.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

Recomendaciones especificas

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, DIETA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. VALORACION CON NUTRICION POR EPS
NOTAS: SE RECOMIENDA SEGUIR PROTOCOLOS DE SEGURIDAD EMPRESARIAL RESPECTO A LA PREVENCION DEL CONTAGIO POR SARS COVID 19



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



Aspirante o trabajador
LOREY CAROLINA ESCOBAR GUERRA
Identificación: CC: 49716347

ENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

Powered by CamScanner

CEHOCA

CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S.
NIT: 900520510-0

CERTIFICA QUE:

La señora **LOREY CAROLINA ESCOBAR GUERRA** Identificado(a) con cedula de ciudadanía **N°; 49.716.347** presto sus servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** mediante contrato a término indefinido desde el primero (01) de diciembre del 2015 al dieciocho (18) de enero de 2018.

Se expide a solicitud del interesado a los seis (06) días del mes de febrero del dos mil dieciocho (2018).

CAROL ZABALETA RAMOS

COORDINADORA R.H.

CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S. CEHOCA
COORDINACION DE RECURSOS HUMANOS

Servicios Médicos Domiciliarios LTDA

SERVMED I.P.S

NIT: 900.016.792-1

Atención Integral y Humanizada del Equipo de Salud a Nivel Domiciliario

EL SUSCRITO CONTADOR DE SERVICIOS MEDICOS DOMICILIARIOS IPS
NIT 900016792-1
CERTIFICA QUE

La señora **LOREY ESCOBAR GUERRA ,** identificada con **CC 49.716.347,** de Santa Marta, laboró con nosotros en el cargo de **Auxiliar de Enfermería** con un contrato de Prestación de Servicios desde el 28 de Abril 2012 hasta Agosto de 2015, quien demostró ser una persona honesta responsable y cumplidora de su labor.

Se expide la presente a petición de la parte interesada al veinticuatro (24) días del mes de Febrero del presente año.

Atentamente,

JOYCE YEPES PARDO
CONTADOR

Calle 22 No. 14 – 05 CC Alcázares Plaza, Lc. 206
Teléfono: 4313874
Santa Marta, Colombia.

"COOFLORENCE"
Nit. 824.005.396 – 3
En Liquidación

LA SUSCRITA GERENTE GENERAL DE LA COOPERATIVA

CERTIFICA:

Que la señora **LOREY CAROLINA ESCOBAR GUERRA**, Identificada con Cédula de Ciudadanía No 49.716.347 Estuvo vinculada como asociada a la Cooperativa de Trabajo Asociado " COOFLROENCE" , desde el 01 Septiembre de 2007 hasta Abril de 2008. Aportando su trabajo como AUXILIAR DE ENFERMERIA. En los procesos y subprocesos contratados en el sector salud.

Para mayor constancia se firma en Valledupar a los 11 días del mes de Febrero de 2010.

Atentamente,

SILENA BAQUERO MAESTRE
Representante Legal

Dir. Calle 14 N. 9 - 33 OFIC : 301
Tel 5601482 – 5802757
Valledupar - Cesar



COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MADRE LAURA
NIT. 900 105 428 - 5

LA SUSCRITA GERENTE GENERAL DE LA COOPERATIVA

CERTIFICA:

Que la señora **LOREY CAROLINA ESCOBAR GUERRA,** Identificada con Cédula de Ciudadanía No **49.716.347.** Estuvo vinculada como asociada a la Cooperativa de Trabajo Asociado **"MADRE LAURA"**, desde el **01 de Agosto de 2008 hasta 30 de Junio de 2009.** Aportando su trabajo como **AUXILIAR DE ENFERMERIA.** En los procesos y subprocesos contratados en el sector salud.

Para mayor constancia se firma en Valledupar a los 11 días del mes de Febrero de 2010.

Atentamente,

ROCIO HURTADO SUAREZ
Representante Legal

DIR. CALLE 14 N. 9 - 33 Ofic 301
Tel Fax 560 11 82
Valledupar - Cesar



"COOFLORENCE"
Nit. 824.005.396 - 3

LA SUSCRITA GERENTE GENERAL DE LA COOPERATIVA

CERTIFICA:

Que la señora, LOREY ESCOBAR GUERRA. Identificada con Cédula de Ciudadanía No 49.716.347 Expedida en Valledupar (Cesar), está vinculada como asociada a la Cooperativa de Trabajo Asociado FLORENCE NIGHTINGALE " COOFLORENCE" , desde el 01 de Abril de 2007 hasta la fecha desempeñándose como AUXILIAR DE ENFERMERIA en la Clínica Valledupar. Con contrato a termino indefinido.

Para mayor constancia se firma en Valledupar a los 22 días del mes de Noviembre de 2007.

Atentamente.

Silena Baquero M.
SILENA BAQUERO MAESTRE
Gerente

Dir. Calle 14 N. 9 - 33 OFIC. 301
Tel. 5601182 – 5802757
Valledupar - Cesar

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 49716347 **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 13/03/2024 08:54 AM

Código Verificación: **E64R831FVX**

Válida hasta: **11/06/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

ológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	Firma
ampión ubéola	1			
	1			
oxoide etánico iftérico Td	2			
	3			
	4			
	5			
	1	30/04/18	Sanofi 0342500JD	Firma.
Contra epatitis B	2			
	3			
	R			

	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

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

Odontología

n caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación
Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Apellidos:

Documento de Identidad: [redacted]

Fecha de Nacimiento: 22 06 1982

Powered by 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	2023-06-22 15:16

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LOREY	CAROLINA	ESCOBAR	GUERRA

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	49716347

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

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

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
PRESTAMO BANCO	$15.000.000,00

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:

Bogotá, Marzo / 13 de 2024

Señor (a): LOREY CAROLINA ESCOBAR GUERRA
CC. 49716347
MZ 4 CA 40 CANARIAS ET 2
SANTA MARTA

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Mayo / 22 de 2019, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LOREY CAROLINA ESCOBAR GUERRA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **49716347,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2023** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de marzo de 2024.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	Sexo
LOREY CAROLINA ESCOBAR GUERRA	M: F: X

Tipo de Documento							Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	49716347	VALLEDUPAR	9/01/2001

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

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
22	6	1982	SANTA MARTA	KRA 51 N 9C 46 BASTIDAS	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
LOREYCAROLINA22@HOTMAIL.COM	3013762352	

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

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

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CARRERA 14 # 23-42	SANTA MARTA	ALCAZARES	4346262

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	$1.800.000	Total Egresos mensules	$ 1.800.000
Otros Ingresos Mensules	$ 0	Otros Egresos Mensuales	$ 0
Total Activos	$ 0	Total Pasivos	$ 0

Mes y año de corte de la información financiera suministra	Mes JUNIO	Año 2023	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



Lorey Escobar

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