En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, **ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA**, Identificado con Cédula No. 1.221.963.860 y Profesión **MEDICO GENERAL** **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: 

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.221.963.860**

DURAN ESCALONA

APELLIDOS

ANDREA CAROLINA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-OCT-1994**

CIENAGA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63	**AB-**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

06-DIC-2012 CIENAGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2101600-00429854-F-1221963860-20130403 **00326**35528A 1 39709949

Escaneado con CamScanner

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1221963860**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1221963860	DURAN	ESCALONA	ANDREA	CAROLINA	2022-08-01, 4:06 pm
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	1221963860	DURAN	ESCALONA	ANDREA	CAROLINA	2022-12-13, 1:56 am
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
3	1221963860	DURAN	ESCALONA	ANDREA	CAROLINA	2023-02-09, 9:36 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

Activar Windows

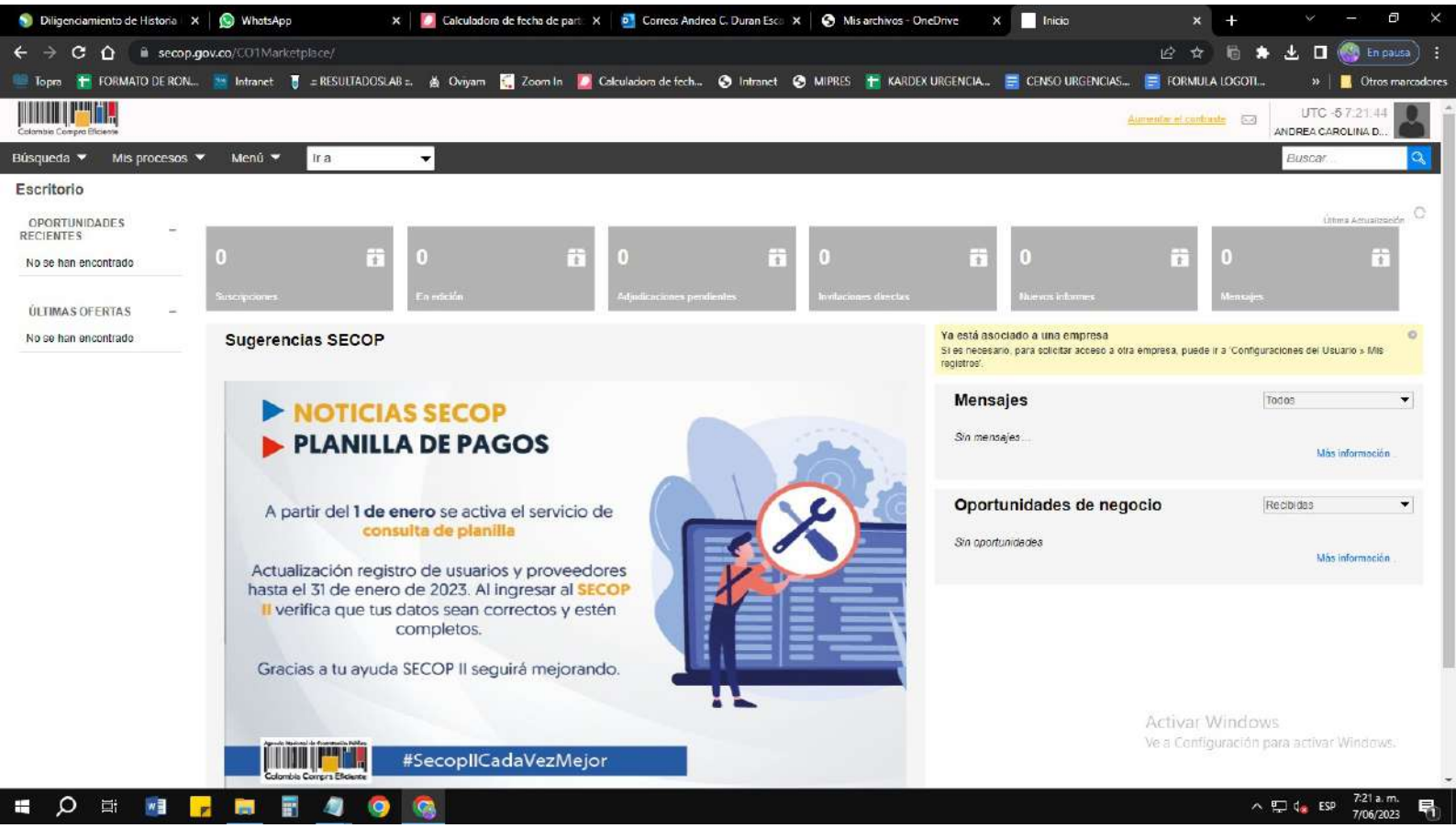
El (la) suscrito(a) **ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA** identificado con C.C./C.E./P.P No. 1.221.963.860 expedida en Ciénaga - Magdalena, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, 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 15 del mes de Marzo de 2024.

Firma
Nombre **ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA**
Cédula 1.221.963.860

COPIA CONTROLADA


Diligenciamiento de Historia
WhatsApp
Calculadora de fecha de part
Correo: Andrea C. Duran Esc
Mis archivos - OneDrive
Inicio
secop.gov.co/CO1Marketplace/
En pausa
Topra
FORMATO DE RON...
Intranet
RESULTADOSLAB
Oviyam
Zoom In
Calculadora de fech...
Intranet
MIPRES
KARDEX URGENCIA...
CENSO URGENCIAS...
FORMULA LOGOTI...
Otros marcadores
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 7:21:44
ANDREA CAROLINA D...
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
NOTICIAS SECOP
PLANILLA DE PAGOS
A partir del 1 de enero se activa el servicio de consulta de planilla
Actualización registro de usuarios y proveedores hasta el 31 de enero de 2023. Al ingresar al SECOP II verifica que tus datos sean correctos y estén completos.
Gracias a tu ayuda SECOP II seguirá mejorando.
#SecopIICadaVezMejor
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 negocio
Recibidas
Sin oportunidades
Más información
Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.
ESP
7:21 a. m.
7/06/2023

Santa Marta, Marzo 2024

Doctor
GERENTE
Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Cordial saludo.

Por medio del presente documento me permito ofrecer a el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, mis servicios como **MEDICO GENERAL** que serán prestados en dichas instalaciones, para efecto me acogeré a los horarios establecidos por la entidad como también al manual de funciones.

Atentamente,



ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA
C.C. 1.221.963.860
Cel: 3175768529
Dirección: CALLE 12 # 16E - 11 EDIFICIO MONARCA 903
Email: ancaro08@hotmail.com

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14708134009

(415)7707212489984(8020) 000001470813400 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 2 2 1 9 6 3 8 6 0	2	Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 2	

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 2 2 1 9 6 3 8 6 0	2 0 1 2 1 2 0 6

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Ciénaga 1 8 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DURAN	ESCALONA	ANDREA	CAROLINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

41. Dirección principal: CR 37 8 A 33 BRR LA ESPERANZA ETAPA VI

42. Correo electrónico: ancaro08@hotmail.com

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

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
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 2021 - 06 - 29 / 22 : 10: 00

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 DURAN ESCALONA ANDREA CAROLINA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Duran	Escalona	Andrea Carolina

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1221963860

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 08 MES 10 AÑO 1994

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: CIÉNAGA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 18 - 8 18 Barrio Centro - Cienaga

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: CIÉNAGA

TELÉFONO: 0000000 EMAIL: ancaro08@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2011
										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	12	X		MEDICINA	05	2019	1221963860

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*
INGLÉS	X				X			X	

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL META SOLUCION SALUD	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
META	VILLAVICENCIO	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	*Mes*	*Año*				*Día*	*Mes*	*Año*			
6614100	01	01	2022									

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO GENERAL	CONSULTA URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	CARRERA 42 - 32 06

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	*Mes*	*Año*				*Día*	*Mes*	*Año*			
4365007	01	09	2022									

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO GENERAL	AREA DE URGENCIA MEDICA	CARRERA 14 - 23 42

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
BEST HOME CARE		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
META	VILLAVICENCIO	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	*Mes*	*Año*				*Día*	*Mes*	*Año*			
3503189970	26	08	2020									

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO	COVID	CALLE 26 69 76 OF 1203 1204 ED ELEMENTO TORRE 3

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
BEST HOME CARE		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
META	VILLAVICENCIO	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	*Mes*	*Año*				*Día*	*Mes*	*Año*			
3503189970	26	08	2020				25	08	2021			

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO DOMICILIARIO	COVID	Ac. 26 #69-76

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE MUNICIPAL VILLAVICENCIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6614100	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIAS					*DIRECCIÓN* CARRERA 42 32 2 a 32-80						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE MUNICIPAL VILLAVICENCIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6614100	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIAS					*DIRECCIÓN* CARRERA 42 32 2 a 32-80						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CONSORCIO PPL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	05	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SANIDAD					*DIRECCIÓN* CALLE 26 N 22 05						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AMBULANCIAS DEL LLANO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0386822239	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2019	*Día*	14	*Mes*	04	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO	*DEPENDENCIA* AMBULANCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 40 33 20 Villavicencio						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AMBULANCIAS DEL LLANO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0386822239	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2019	*Día*	14	*Mes*	04	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 40 33 20 Villavicencio						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA SAN LUCAS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6663607	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2019	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 34 N 41 28 Barrio Barzal						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	9
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	8	3

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X 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



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

ACTA DE GRADO

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO
INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICA DE COMERCIO
"Virginia Gómez"

Aprobado por la Secretaría de Educación Departamental según Resolución No. 3279 del 17 de Noviembre de año 2000

CIÉNAGA - MAGDALENA

No. 147189000210
INSCRIPCIÓN DANE

Acta No. 064- 11 A
Jornada Mañana

En la ciudad de Ciénaga a los 10 días del mes de Diciembre del año 2011, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de las alumnas de último grado, el suscrito Rector y Secretaria de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICA DE COMERCIO VIRGINIA GÓMEZ. Aprobada hasta Undécimo grado en el nivel de Educación Media Técnica por la Secretaría de Educación Departamental según Resolución No. 3279 del 17 de Noviembre del año 2000 para otorgar el Título de Bachiller Comercial.

Comprobada la situación legal y académica de cada alumna que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica Artículo 28 Ley 115 de 1994 según los planes y programas vigentes, se procedió a otorgar el

Título a:

Duran Escalona Andrea Carolina

Documento No. 94100829716 de Santa Marta

Es fiel copia tomada del Acta General No. 064, folio No. 28, de Fecha 10 de Diciembre del año 2011, libro No.2 que consta de 40 graduandas. Que comienza con el nombre de **ACOSTA GRANADOS EVELYN ELENA** y se cierra con el nombre de **VILLAMIL LÓPEZ LINA PAOLA**

LUIS ALFONSO JIMÉNEZ SANTODOMINGO Rector y
MIRIAM LÓPEZ ROBLES Secretaria

Expedida en Ciénaga Magdalena, a los 10 días del mes de Diciembre del año 2011.

Firmado

LUIS ALFONSO JIMÉNEZ SANTODOMINGO
C.C. No. 72.194.111 de Barranquilla
Rector

MIRIAM LÓPEZ ROBLES
C.C. No. 39.030.295 de Ciénaga Magdalena
Secretaria

HOJA DE VIDA

ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA

MEDICO

SOPORTES ACADEMICOS



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.

En atención a que

ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA

con cédula de ciudadanía No. 1.221.963.860 de Ciénaga

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

MÉDICA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Santa Marta el día 26 de Julio de 2019

Director(a) Sede

Rector(a)

Gloria Patricia Ramo J
Secretario(a) General

Libro de Registros No. 0030420191 Folio No. 033 Registro No. 0323 Refrendado en Santa Marta el día 25 de Julio de 2019

Registros y Diplomas: Juan Alonso Cortes Londoño

039984

HOJA DE VIDA

ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA

MEDICO

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. 04-1440-2019

PROGRAMA :	MEDICINA
CODIGO SNIES:	3529
FECHA GRADO:	26 DE JULIO DE 2019
LUGAR:	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS SANTA MARTA

En atención a que ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA
con Cédula de Ciudadanía No 1.221.963.860 de Cienaga
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de: MÉDICA.

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico del Campus Santa Marta, mediante acta No 017 en sesión del día 02 de julio de 2019.

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

Rector(a):	MARITZA RONDON RANGEL
Director(a) de Campus:	ADRIANA SANTARELLI FRANCO
Decano(a) facultad:	SALIN RAMON TOUCHIE MEZA
Secretario(a) General:	GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de Santa Marta el día 26 DE JULIO DE 2019

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario(a) General

VIGILADA MINEDUCACIÓN

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C122196386000156615

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA**, identificado(a) con C.C. No. 1221963860 y T.P. o R.M. No. 1221963860 del(a) Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena, no registra sanciones vigentes.

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

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

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

BERNARDO ADOLFO ROBLEDO RIAGA
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA
PRESIDENTE

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

HOJA DE VIDA

ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA

MEDICO

TARJETA PROFESIONAL





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 *: 1221963860

Primer Nombre:

Primer Apellido:

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

8680

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2024-03-20→4:52:06 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1221963860	ANDREA	CAROLINA	DURAN	ESCALONA	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) ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA identificado(a) con CC 1221963860 registra La siguiente información:

2024-03-20→4:52:06 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2019-08-08	52409	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|MAGDALENA|SANTA MARTA	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

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

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

INFORMACIÓN GENERAL

RAMO / PRODUCTO	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
272 / 732	2	1	SANTA MARTA	CARRERA 4 NO. 24 - 72 LOCAL 2 Y 3	SANTA MARTA

TOMADOR DURAN ESCALONA ANDREA CAROLINA	**NIT / CC** 1221963860	**DIRECCIÓN** CL 12 # 16 - 11	**CIUDAD** BOGOTA D.C.	**TELEFONO** 3018861
ASEGURADO DURAN ESCALONA ANDREA CAROLINA	**NIT / CC** 1221963860	**DIRECCIÓN** CL 12 # 16 - 11	**CIUDAD** BOGOTA D.C.	**TELEFONO** 3018861
ASEGURADO N.D.	**NIT / CC** N.D.	**DIRECCIÓN** N.D.	**CIUDAD** N.D.	**TELEFONO**
BENEFICIARIO CUALQUIER TERCERO AFECTADO	**NIT / CC** N.D.	**DIRECCIÓN** N.D.	**CIUDAD** N.D.	**TELEFONO** N.D.

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
REYES VILLAMIZAR OSWALDO ENRIQUE	AGENTE INDEPENDIENTE	96287	4305080	100,00

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

FECHA DE EXPEDICIÓN		
DÍA	MES	AÑO
5	2	2024

VIGENCIA POLIZA						
	HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS
INICIACIÓN	00:00	13	12	2023	366
TERMINACIÓN	00:00	13	12	2024	

VIGENCIA CERTIFICADO					
	HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS
INICIACIÓN	00:00	2	2	2024	315
TERMINACIÓN	00:00	13	12	2024	

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

ACTIVIDAD	MEDICINA GENERALSIN CIRUGIA
ESPECIALIDAD	MEDICINA GENERALSIN CIRUGIA
DIRECCION DEL RIESGO	
DEPARTAMENTO	MAGDALENA
CIUDAD	SANTA MARTA



COBERTURAS

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE
R.C. actos medicos - Medicos	$500.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Gastos de defensa	$200.000.000,00	10 % PERD
Responsabilidad Civil acto m. aux o dependiente	$500.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Asistencia medica emergencia	$500.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)

Profesionalmente ... Seguro



VALORES COTIZACIÓN (PESOS COLOMBIANOS)

TOTAL PRIMA NETA	GASTOS DE EXPEDICION	SUBTOTAL	VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS	TOTAL A PAGAR
$ 41.058,00	$ 20.000,00	$ 61.058,00	$ 11.601,00	$ 72.659,00

(415)7707289180029(8020)031654646731(3900)0000072659(96)20240202

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES PÓLIZA

Observaciones SGO8508201

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA, A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA MISMA, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIR´Á LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA Y DARÁ DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

ANEXOS

SGO8508201 MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SUPLEMENTO N°2 SE AUMENTA EL VALOR ASEGURADO A $500.000.000

****

ASEGURADO: ANDREA DURAN ESCALONA

ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL SIN CIRUGIA

VIGENCIA: 13/12/2023 HASTA 13/12/2024

MODALIDAD: Ocurrencia (2 años Sunset)

AMPAROS

R.C. como consecuencia de cualquier eacto médicoe derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en salud de las personas.

R.C. consecuencia de asistencia médica de emergencia a persona o personas, e n cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalment e aceptado

LÍMITE VALOR ASEGURADO: $ 250.000.000 evento / agregado anual

R.C. daños extra patrimoniales (incluidos riesgos Morales) sublimitado al 50 % del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor está incluido en el límite asegurado básico y no en exceso de este.

Gastos judiciales sublimitado 40% del límite asegurado evento / vigencia Est e valor se encuentra incluido en el límite asegurado contratado y no en exce so de éste.

PLO (Predios, Labores y Operaciones) en exceso de la RC Extracontractual. su blimitado al 20% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor está incluido en el límite asegurado básico y no en exceso de este.

PRIMA ANUAL SIN IVA /GASTOS DE EXPEDICIÓN: $169.795

DEDUCIBLES:

Básico 10% MÍNIMO $1.000.000

No opera para Gastos Médicos

Para las coberturas de Gastos Judiciales y Daños Morales: 10%

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA. LA SOLICITU D FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART. 1048. CÓDIGO DE COMERC IO).

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RETICENCIA Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO DE LAS CO NDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

NO SE OTORGA

R.C. Extracontractual

Bienes bajo cuidado tenencia y control

Restablecimiento automático de valor asegurado.

Errores e inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud.

Renovación automática

R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativas

Los procedimientos estéticos y de cirugía plástica salvo que se trate de una cirugía reconstructiva por malformaciones congénitas o en caso de accidente .

Provisión de servicios de emergencia/urgencia domiciliarios.

Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante lip osucción, lipoescultura, derivación intestinal, o mediante receta de medicam entos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1.Sin perjuicio de lo dispuesto en otro sentido en la presente póliza, este seguro excluye cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste o gasto de cualquier naturaleza, directa o indirectamente causado por, que surja de, que resulte de o derivado de o en relación con una enfermedad tran smisible o el temor o la amenaza (ya sea real o percibida) de una enfermedad transmisible con independencia de cualquier otra causa o evento que contrib uya de manera simultánea o en cualquier otra secuencia a ello.

2.Tal como se utiliza en el presente documento, se entiende por enfermedad t ransmisible toda enfermedad que pueda ser transmitida por medio de cualquier sustancia o agente desde un organismo cualquiera a otro organismo, en la pr esente definición:

2.1la sustancia o el agente incluye, entre otros, un virus, una bacteria, un parásito u otro organismo o cualquier variación de estos, ya sea que se con sideren vivos o no; y

2.2el método de transmisión ya sea directo o indirecto, incluye, entre otros , la transmisión por aire, la transmisión por fluidos corporales, la transmi sión desde o hacia cualquier superficie u objeto, sólido, líquido o gas o en tre organismos; y,

2.3la enfermedad, la sustancia o el agente pueden causar o amenazar con caus ar daños a la salud o al bienestar de las personas o pueden causar o amenaza r con causar daños, deterioro, pérdida de valor, comerciabilidad o pérdida d e uso de los bienes.

CLAUSULAS

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3/93. AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORRETENEDORES SEGÚN RESOLUCIÓN **5098** DE JUNIO **21** DE **2013**.
ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

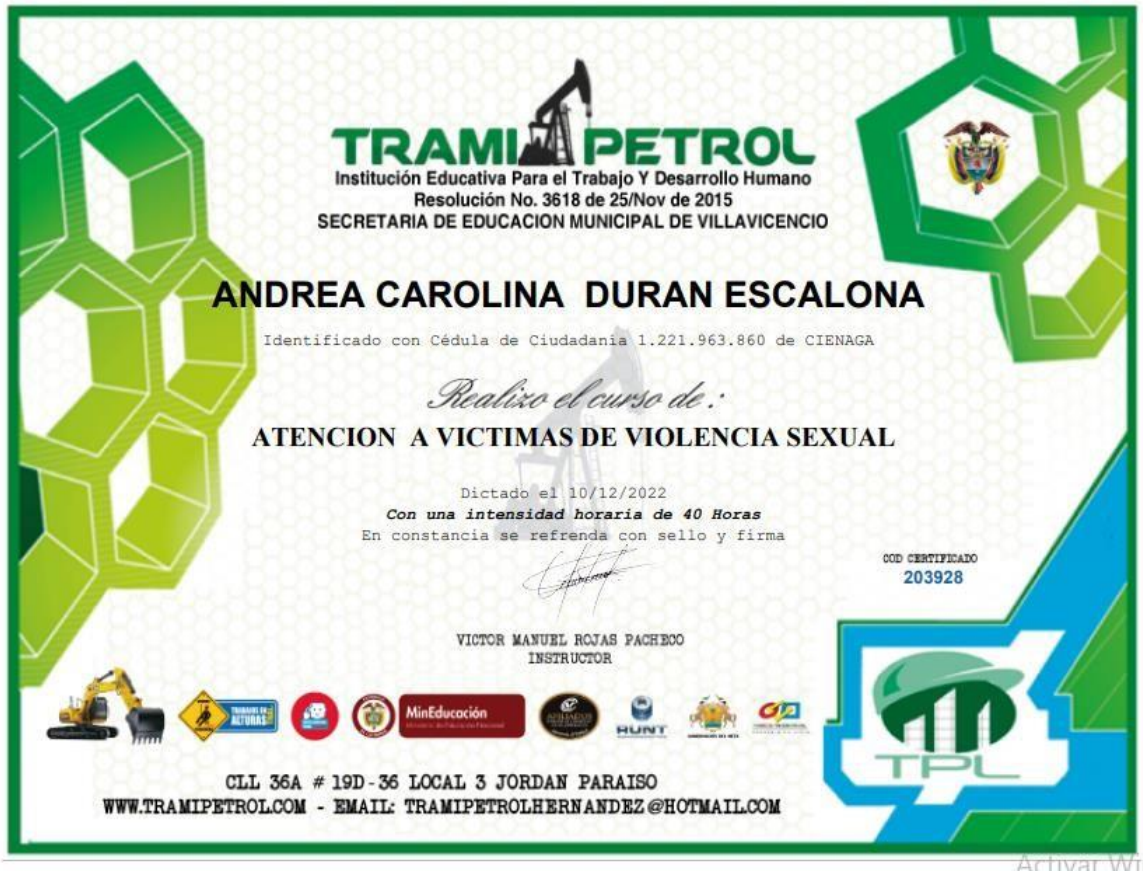
TOMADOR

HOJA DE VIDA

ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA

MEDICO

SOPORTE DE CURSOS REQUERIDOS




TRAMIPETROL
Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 3618 de 25/Nov de 2015
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO
ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA
Identificado con Cédula de Ciudadania 1.221.963.860 de CIENAGA
Realizo el curso de:
SOPORTE VITAL AVANZADO
Dictado el 07/12/2022
Con una intensidad horaria de 60 Horas
En constancia se refrenda con sello y firma
COD CERTIFICADO
203927
VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR
MinEducación
RUNT
TPL
CLL 36A # 19D-36 LOCAL 3 JORDAN PARAISO
WWW.TRAMIPETROL.COM - EMAIL: TRAMIPETROLHERNANDEZ@HOTMAIL.COM



INSTITUTO DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
CORPORACION TECNOLOGICA PARA EL META Y LA ORINOQUIA
"CORPOTECMETA" Nit: 900095814-0
ACUERDO 039 del 5 de Diciembre del 2008 Ministerio de la Protección Social
Resolución 133 del 2 de Marzo 2009.
Renovada: Mediante ;Resoluciòn No. 1328; del 3 de abril del 2014. Nueva licencia 1022 del 30 de junio del 2020. Secretaria de Educación Municipal de Villavicencio.
CORPOTECMETA

HACE CONSTAR:

Que, ANDREA CAROLINA DURAN
C.C. No. 1221963860

Realizo y Aprobó el curso en: MANEJO INTEGRAL DEL DUELO, adelantado en las instalaciones de la Institución Educativa Para El Trabajo y el Desarrollo Humano, Corporación Tecnológica Para el Meta y la Orinoquia "Corpotecmeta" con una intensidad de 40 horas teórico – prácticas del 2 al 10 de octubre del 2020 obteniendo excelente resultados.

Dado en Villavicencio – Meta, a los 10 días del mes de octubre del año 2020 Acta No 286 Reg. No 286
Calle 37. No 40-51 Barzal Alto. Villavicencio-Meta Cel. 3115208510 corpotecmeta@hotmail.com

JHON CHARLES COBOS
Director



INSTITUTO DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
CORPORACION TECNOLOGICA PARA EL META Y LA ORINOQUIA
"CORPOTECMETA" Nit: 900095814-0
ACUERDO 039 del 5 de Diciembre del 2008 Ministerio de la Protección Social
Resolución 133 del 2 de Marzo 2009 Secretaria de Educación Municipal.
Renovada: Mediante ;Resoluciòn No. 1328; del 3 de abril del 2014. Nueva Resolución 1022 del 30 de junio del 2020 Secretaria de Educación Municipal de Villavicencio Meta.
CORPOTECMETA

HACE CONSTAR:

Que, ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA
C.C. No. 1221963860

Realizo y Aprobó el curso en:, ATENCION INTEGRAL PRE Y POST DEL DONANTE, adelantado en las instalaciones de la Institución Educativa Para El Trabajo y el Desarrollo Humano, Corporación Tecnológica Para el Meta y la Orinoquia "Corpotecmeta" con una intensidad de 40 horas teórico – prácticas del 01 al 05 de Enero del 2021 obteniendo excelente resultados.

Dado en Villavicencio – Meta, a los 05 días del mes de Enero del año 2021 Acta No 404 Reg. No 404
Calle 37. No 40-51 Barzal Alto. Villavicencio-Meta Cel. 3115208510 corpotecmeta@hotmail.com

JOHN CHARLES COBOS CASTELLANOS
Rector

HOJA DE VIDA

ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA

MEDICO



Comprometidos con sus necesidades

97

LIFECARE SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA

C.C. 1.221.963.860 DE CIENAGA (MAGDALENA).

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

MANEJO DEL DOLOR.

Realizado los días 18 al 19 de JULIO de 2022, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 19 DE JULIO DE 2023.

DADO EN VILLAVICENCIO (META), A LOS 19 DÍAS DEL MES DE JULIO DE 2022.

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.

LIFE CARE SERVICE AC | NEIVA, CRA. 5 No. 6-28 OFICINA 306 C.C. METROPOLITANO - TORRE A | 318 505 4810 - 311 302 6416 874 0853 | WWW.LIFECARESERVICEAC.COM



Comprometidos con sus necesidades

98

LIFECARE SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA

C.C. 1.221.963.860 DE CIENAGA (MAGDALENA).

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

CUIDADO PALIATIVO.

Realizado los días 29 al 30 de JULIO de 2022, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 30 DE JULIO DE 2023.

DADO EN VILLAVICENCIO (META), A LOS 30 DÍAS DEL MES DE JULIO DE 2022.

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.

LIFE CARE SERVICE AC | NEIVA, CRA. 5 No. 6-28 OFICINA 306 C.C. METROPOLITANO - TORRE A | 318 505 4810 - 311 302 6416 874 0853 | WWW.LIFECARESERVICEAC.COM

HOJA DE VIDA

ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA

MEDICO



INSTITUTO DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
CORPORACION TECNOLOGICA PARA EL META Y LA ORINOQUIA

"CORPOTECMETA" Nit: 900095814-0

ACUERDO 039 del 5 de Diciembre del 2008 Ministerio de la Protección Social
Resolución 133 del 2 de Marzo 2009.
Renovada: Mediante ;Resoluciòn No. 1328; del 3 de abril del 2014. Nueva licencia 1022 del 30 de junio del 2020. Secretaria de Educación Municipal de Villavicencio.

CORPOTECMETA

HACE CONSTAR:

Que, ANDREA CAROLINA DURAN
C.C. No. 1221963860

Realizo y Aprobó el curso en: ATENCIÓN DE PACIENTES VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS, adelantado en las instalaciones de la Institución Educativa Para El Trabajo y el Desarrollo Humano, Corporación Tecnológica Para el Meta y la Orinoquia "Corpotecmeta" con una intensidad de 40 horas teórico – prácticas del 2 al 10 de noviembre del 2020 obteniendo excelente resultados.

Dado en Villavicencio – Meta, a los 10 días del mes de noviembre del año 2020 Acta No 284 Reg. No 284

Calle 37. No 40-51 Barzal Alto. Villavicencio-Meta Cel. 3115208510 corpotecmeta@hotmail.com

JHON CHARLES COBOS
Director



Cruz Roja Colombiana

HACE CONSTAR QUE:

ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA

Con documento de identidad No.: 1221963860

CALIDAD DE PARTICIPANTE COMUNITARIO

Formación Básica Virtual COVID 19

Código N° : vMBhW6aXLM
Con una intensidad horaria de : 4 horas
Registrado en el acta N° :FBVCO19-012020

Esta constancia fué generada en Bogotá D.C, Colombia el : 7 abril 2020

VICTORIA EUGENIA LEMA LONDOÑO
Líder Educación Nacional
Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo: campus.virtual@cruzrojacolombiana.org indicando el número de acta.

HOJA DE VIDA

ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA

MEDICO

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 10/12/2022 Ciudad: SANTA MARTA, MAGDALENA
Empresa: E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Nombres y Apellidos: ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA
CC: 1.221.963.860 Sexo: F Edad: 28 AÑOS
Labor a Desempeñar: MEDICO GENERAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas especificas: **PUEDE LABORAR**

Previa asepsia y antisepsia, lavado de manos previo a atención del paciente, uso de EPP según protocolo de ministerio de Salud y ACIN con tapabocas N95, visor de protección facial, monogafas, traje antifluido tipo overol y guantes se procede a atender paciente. Acatando medidas frente a la emergencia sanitaria por COVID-19

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR

Recomendaciones y/o restricciones:

- USO DE EPP
- HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE
- PAUSAS ACTIVAS

Hacemos constar que hemos realizado examen médico al trabajador y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes

No se realiza prueba de COVID 19 (ni sanguínea, ni molecular, test rapido)

SANTANDER MARQUEZ
Medico Laboral
R.M 0556 S.S.M Lic. S.O. 1301 S.S.M

HOJA DE VIDA

ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA

MEDICO

CERTIFICACION LABORAL



LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE
SAN LUCAS IPS
CON NIT 900.247.638 – 4

CERTIFICA

Que la Doctora ANDREA **CAROLINA DURAN ESCALONA,** identificada con la cedula de ciudadanía número **1.221.963.860** expedida en Ciénaga (Magdalena), laboró en nuestra IPS en el área de cirugía general, desde el 01 de agosto hasta el 30 de noviembre de 2019 con un contrato por prestación de servicios indefinidos sin vínculo laboral. Con una asignación mensual de **TRES MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE.** $(3.400.000) mensuales.

IBIS [illegible] ALMANZA PEÑA
REPRESENTANTE LEGAL

HOJA DE VIDA

ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA

MEDICO

AMBULANCIAS DEL LLANO
Nuestra misión, su vida.

AMBULANCIAS DEL LLANO S.A.S.
NIT. 822.007.837 – 1

CERTIFICA

Que, **Andrea Carolina Duran Escalona,** identificada con la cédula de ciudadanía N. 1.221.963.860 de Ciénaga (Magdalena), laboro con la empresa como Médico tripulante de ambulancia en traslado de pacientes, desde el 01 de otubre de 2019 hasta el 14 de abril de 2020.

La presente certificación se expide en Villavicencio a los (01) días del mes de junio de 2020.

Lida Patricia Poveda Camacho
Coordinadora Administrativa y TTHH

HOJA DE VIDA

ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA

MEDICO

Consorcio
Fondo de Atención
en Salud PPL

EL SUSCRITO DIRECTOR JURIDICO DEL CONSORCIO FONDO DE ATENCION EN SALUD PPL – 2019

CERTIFICA

Que el CONSORCIO FONDO DE ATENCIÓN EN SALUD PPL 2019 con Nit. 901.269.499-5, actuando como vocero y administrador del **PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL EN SALUD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD** conforme a lo establecido en el Contrato de Fiducia Mercantil No. 145 de 2019, celebró las órdenes de prestación de servicios, así:

CONTRATISTA: **ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA**
CÉDULA: **1221963860**

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

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA FINAL	VALOR CONTRATO
84940-0279-2020	5 de mayo de 2020	31 de agosto de 2020	$ 24.225.771

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

La presente certificación se expide a los (03) días del mes de septiembre de 2020, a solicitud del Contratista y tiene una vigencia de 30 días.

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

FABIÁN LEONARDO LEGUIZAMÓN GARZÓN
Director Jurídico
Consorcio Fondo de Atención en Salud PPL 2019

HOJA DE VIDA

ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA

MEDICO

IPS BEST HOME CARE S.A.S
NIT. 900.657.491-8

CERTIFICA:

Que la señora **DURAN ESCALONA ANDREA CAROLINA** identificada con cedula de ciudadanía número **1.221.963.860** de **Cienaga,** trabaja con la empresa desde el día 26 de agosto de 2020 con contrato a término fijo a seis (6) meses prorrogables, desempeñándose en el cargo de **MÉDICO GENERAL COVID** en la sede de **Villavicencio** con una asignación salarial mensual de Un millon cuatrocientos un mil trecientos pesos ($1.401.300).

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C. a los 09 dias del mes de junio de 2021.

MARIA CRISTINA BEDOYA NAUSAN
PSICOLOGA ORGANIZACIONAL
IPS BEST HOME CARE S.A.S

Para verificar información por favor comuníquese al número de contacto 3503189970 Ext 4003 - 4001 o acérquese a las instalaciones de la oficina administrativa sede Bogotá calle 26 No 69 – 76, edificio elemento, piso 12 oficina 12-03.

HOJA DE VIDA

ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA

MEDICO



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO
Carrera 42 No. 32 – 06
Conmutador (098) 6 6141 00
NIT. 822.002.459-8

Villavicencio
CAMBIA CONTIGO

350.25.248

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DEL AREA DE CONTRATACION DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO

CERTIFICA:

Que la señora ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.221.963.860, presto sus servicios bajo la siguiente relación del siguiente contrato de Prestación de servicios:

No. Contrato	Objeto	Valor total del Contrato	Periodo de ejecución	Ejecución del contrato
742-2020	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN EL AREA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO	14.187.000	DEL 02 DE OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE DE 2020	EJECUTADO
34-2021	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN EL AREA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO	14.187.000	DEL 1 DE ENERO AL 31 DE MARZO DE 2021	EJECUTADO

Actualmente presta sus servicios mediante el siguiente contrato:

No. Contrato	Objeto	Valor total del Contrato	Periodo de ejecución	Ejecución del contrato
424-2021	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN EL AREA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO	19.916.000	DEL 05 DE ABRIL AL 31 DE JULIO DE 2021	EN EJECUCION

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada a los 30 de junio de 2021.

NANSY YASMYNE ALVAREZ RAMIREZ
Profesional Universitaria Área de Contratación

Elabora: LINA PAOLA PEREZ VASQUEZ

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Carrera 42 No. 32 –06
Conmutador (098) 6614100
Fax (098) 6614100
NIT. 822.002.459-8

Villavicencio
CAMBIA CONTIGO

350.25.229

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DEL AREA DE CONTRATACION DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO

CERTIFICA:

Que el (la) señor (a) **ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA,** identificado (a) con cedula de ciudadanía No. **1.221.963.860**, celebró con la Empresa Social del Estado del Municipio de Villavicencio, los siguientes contratos de Prestación de servicios:

No. Contrato	Objeto	Valor total del Contrato	Periodo de ejecución	Ejecución del contrato
034-2021	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN EL AREA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO.	14.187.000	DEL 01 DE ENERO AL 31 DE MARZO DE 2021	EJECUTADO
424-2021	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN EL AREA DE URGENCIA Y HOSPITALIZACION DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO	18.916.000	DEL 05 DE ABRIL AL 31 DE JULIO DE 2021	EJECUTADO
738-2021	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN EL AREA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO.	23.645.000	DEL 01 DE AGOSTO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2021	EJECUTADO
017-2022	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN EL AREA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO.	29.792.700	DEL 01 DE ENERO AL 30 DE JUNIO DE 2022	EN EJECUCION

La presente certificación se expide a solicitud de la interesado (a) a los 25 días del mes de abril de 2022.

NANSY YASMYNE ALVAREZ RAMIREZ
Profesional Universitaria Área de Contratación

Proyecto: ELKIN ANDRES ANTOLÍNEZ
Abogado área de contratación

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 1221963860 **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 19/12/2023 05:04 PM

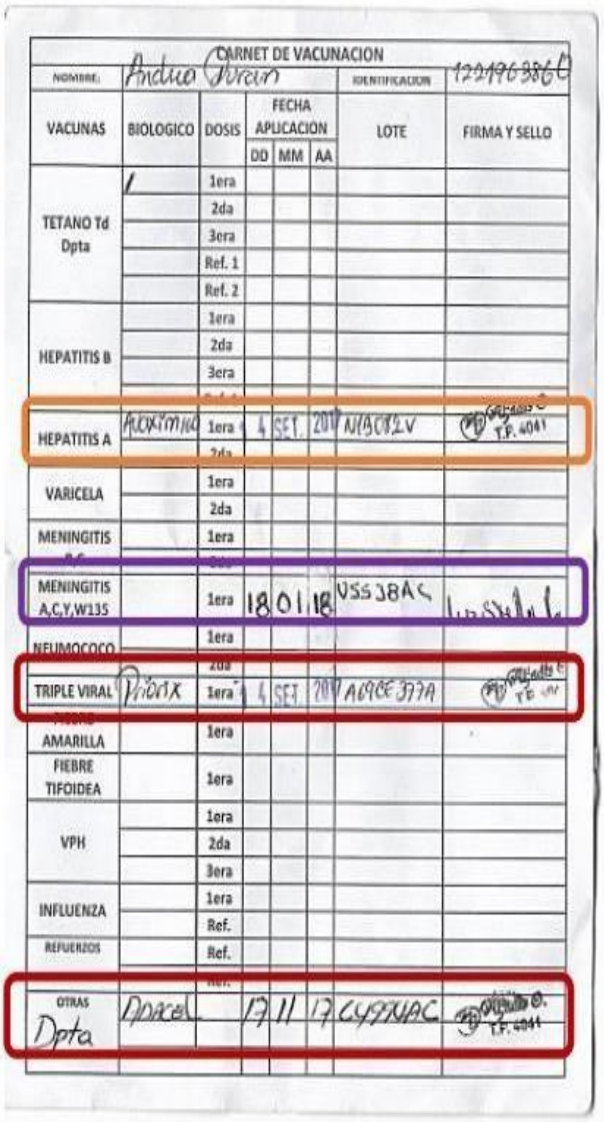
Código Verificación: **PDRE1MWJ7A**

Válida hasta: **18/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICADO VACUNACION Y/O TITULACION



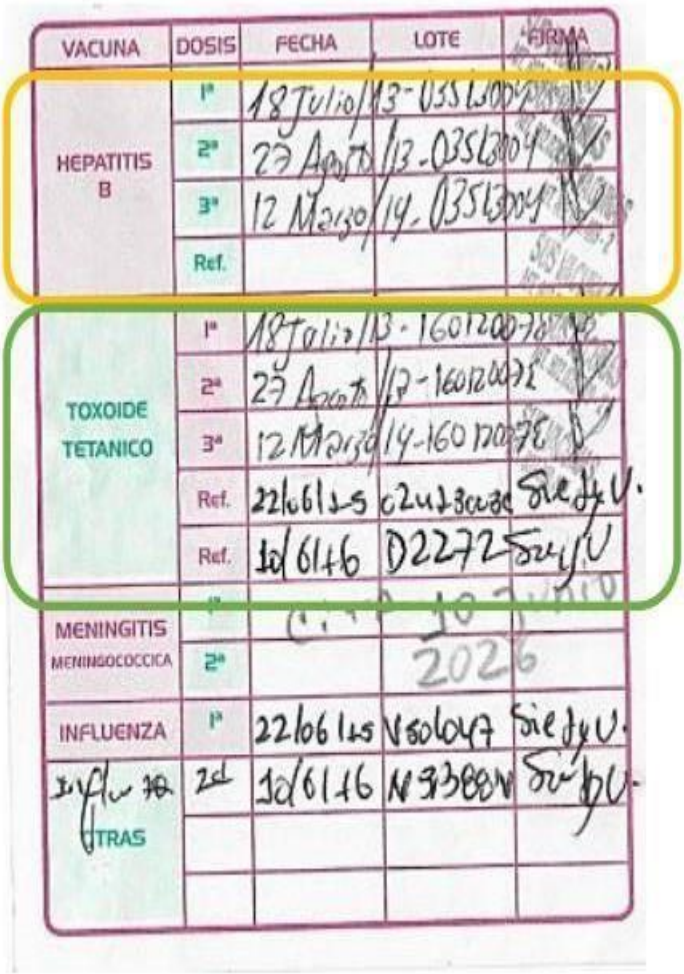
CARNET DE VACUNACION

VACUNAS	BIOLOGICO	DOSIS	FECHA APLICACION DD	MM	AA	LOTE	FIRMA Y SELLO
TETANO Td Dpta		1era					
		2da					
		3era					
		Ref. 1					
		Ref. 2					
HEPATITIS B		1era					
		2da					
		3era					
HEPATITIS A	Avaxim	1era	4	SET.	2017	N19C812V	T.P. 4041
		2da					
VARICELA		1era					
		2da					
MENINGITIS		1era					
MENINGITIS A,C,Y,W135		1era	18	01	18	U5S38AC	
NEUMOCOCO		1era					
		2da					
TRIPLE VIRAL	Priorix	1era	4	SET.	2017	A8CCE377A	T.P. 4041
AMARILLA		1era					
FIEBRE TIFOIDEA		1era					
VPH		1era					
		2da					
		3era					
INFLUENZA		1era					
		Ref.					
REFUERZOS		Ref.					
		Ref.					
OTRAS Dpta	Boxel		17	11	17	CY5ZNAC	T.P. 4041

HEPATITIS A DOSIS 1 – COLOR NARANJA

TRIPLE VIRAL Y DPTA DOSIS UNICA – COLOR ROJO

MENINGITIS DOSIS UNICA – COLOR MORADO



VACUNA	DOSIS	FECHA	LOTE	FIRMA
HEPATITIS B	1ª	18 Julio/13	035L300	
	2ª	23 Agosto/13	035L3004	
	3ª	12 Marzo/14	035L3004	
	Ref.			
TOXOIDE TETANICO	1ª	18 Julio/13	160120078	
	2ª	23 Agosto/13	160120078	
	3ª	12 Marzo/14	160120078	
	Ref.	22/06/15	C2423A03E	Sie dy V.
	Ref.	10/06/16	D2272	Sie dy V.
MENINGITIS MENINGOCOCCICA	1ª			10 JUNIO 2026
	2ª			
INFLUENZA	1ª	22/06/15	V80L047	Sie dy V.
Influ 18	2d	10/06/16	N9388V	Sie dy V.
OTRAS				

HEPATITIS B DOSIS 3 – COLOR AMARILLO

TETANO DODIS 5 – COLOR VERDE

HOJA DE VIDA

Nombre: ANDREA C. DURAN ESCALONA Edad: 19 años

Fecha: JULIO 31/2014 C. C. No. 1.221.963.860

Muestra: Sangre

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

RESULTADOS:

Hep. B. Anticuerpos contra el antigeno de Superficie (Anti Hbs):
126.0 UI/L

Valores de Referencia:

Menor de 10UI/L: Negativo
Mayor de 10UI/L: Positivo

EDAD	VACUNA	LOTE	FECHA	FIRMA
Nacimiento	BCG			
	Hepatitis B			
2 Meses	Hepatitis B			
	DPaT-Hib-IPV			
	Neumococo			
	Rotavirus			
4 Meses	Hepatitis B			
	DPaT-Hib-IPV			
	Neumococo			
	Rotavirus			
6 Meses	Hepatitis B			
	DPaT-Hib-IPV			
	Neumococo			
	Rotavirus			
12 Meses	Triple viral 1a dosis			
	Hepatitis A 1a dosis			
	Varicela 1a dosis			
	Fiebre amarilla			
18 Meses	DPaT-Hib-IPV			
	Hepatitis A 2a dosis	N1H59	24 05 18	
	Neumococo			
	Rotavirus			
5 Años	DPaT-IPV			
	Triple Viral 2a dosis			
	Varicela 2a dosis			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	25/9/14	V50623	
Contra Influenza				
Otras	VPH	22-11-13		Sandra S. Paola B.

VARICELA IgG POSITIVA 3909

PASTEUR
LABORATORIOS CLINICOS DE COLOMBIA S.A.

Apellidos : DURAN ESCALONA
Nombres : ANDREA CAROLINA
Edad : 23A
Sexo : F ID : PPAL STA MTA
Medico : Particular Particular

1221963860-39666483

Fecha de Ingreso : 25/01/2018
Fecha de Impresion 10/02/2018
Entregar en : 2N
Sede : CRA 50 NO. 79 - 172
Pagina No : 1/1

	RESULTADOS	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
INMUNOLOGIA INFECCIOSA			
VARICELA ZOSTER IgG	3909	mU/mL	Negativo: Inferior a 150 mU/mL
Nota	Para descartar INFECCION RECIENTE se recomienda la valoración de anticuerpos VARICELA ZOSTER IgM, o bien, buscar la seroconversión de anticuerpos VARICELA ZOSTER IgG a las dos semanas, con un incremento de índice dos veces superior como mínimo.		

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	2023-06-13 07:03

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANDREA	CAROLINA	DURAN	ESCALONA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1221963860

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	CIÉNAGA

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	$71.800.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$1.500.000,00
Gastos de representación	
Arriendos	$12.100.000,00
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$85.400.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$1.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MUEBLE	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	$80.000.000,00
MUEBLE	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	$100.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO DE CONSUMO	$80.000.000,00
CREDITO DE CONSUMO	$100.000.000,00

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 [X] No [ ]

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 [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
EDGARDO	JAVIER	MONROY	BARRIOS

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1042440132

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 1221963860
NOMBRES Y APELLIDOS	Duran Escalona,Andrea Carolina
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente, Independiente Con Contrato
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/12/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Duran Escalona,Andrea Carolina, 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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1221963860,** se encuentra afiliado/a desde **01/12/2020** 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 06 de diciembre de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	ANDREA CAROLINA DURAN ESCALONA													Sexo			
														M		F	X

Tipo de Documento										Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		1221963860	CIENAGA - MAGDALENA	06/12/2012

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

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
8	10	1994	CIENAGA - MAGDALENA	CALLE 12 # 16E - 11 EDIFICIO MONARCA 903	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
ancaro08@hotmail.com	3182545212	

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
	ACTIVIDAD DE LA PRACTICA MEDICA

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

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

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	$5.000.000	Total Egresos mensules	$3.000.000
Otros Ingresos Mensules		Otros Egresos Mensuales	$1.000.000
Total Activos	$5.000.000	Total Pasivos	

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12	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?

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

DE MI ACTIVIDAD PROFESIONAL COMO MEDICO GENERAL

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: DE MI ACTIVIDAD PROFESIONAL COMO MEDICO GENERAL y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.
Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.
Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente





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