

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.083.016.896**

**CARRASCAL RINCON**  
APELLIDOS

**LAURA STEFFANY**  
NOMBRES

**ICA DE**  
**MBIA**

*[Signature]*  
FIRMA

*[Portrait Photo]*

FECHA DE NACIMIENTO **25-SEP-1996**

**SANTA MARTA**  
(MAGDALENA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.64**  
ESTATURA

**O+**  
G.S. RH

**F**  
SEXO

**29-SEP-2014 SANTA MARTA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

*[Signature]*  
REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

INDICE DERECHO

*[Fingerprint]*

A-2100100-00880000-F-1083016896-20170131    0053348668A 1    47922033

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



Libertad y Orden

## FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |  |                                          |                                                                                                                                                                                         |                                                                                        |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>Carrascal                                                                                                             |  | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>Rincon |                                                                                                                                                                                         | NOMBRES<br>Laura Steffany                                                              |                  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1083016896 |  |                                          | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>                                                                                                                      | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> | PAÍS<br>COLOMBIA |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>                                               |  | NÚMERO D.M.                              |                                                                                                                                                                                         |                                                                                        |                  |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 25 MES 09 AÑO 1996<br>PAÍS COLOMBIA<br>DEPTO MAGDALENA<br>MUNICIPIO SANTA MARTA                 |  |                                          | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CALLE 11 43A 75 CASA ONDAS DEL CARIBE<br>PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA<br>MUNICIPIO SANTA MARTA<br>TELÉFONO 3003255518 EMAIL lauracarrascal78@gmail.com |                                                                                        |                  |

2

### FORMACIÓN ACADÉMICA

|                                                                                                                                                                |    |    |    |    |            |    |    |    |       |                 |     |                   |     |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-------|-----------------|-----|-------------------|-----|------|
| EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA                                                                                                                                       |    |    |    |    |            |    |    |    |       |                 |     |                   |     |      |
| MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA ) |    |    |    |    |            |    |    |    |       |                 |     |                   |     |      |
| EDUCACIÓN BÁSICA                                                                                                                                               |    |    |    |    |            |    |    |    |       | TÍTULO OBTENIDO |     | BÁSICA SECUNDARIA |     |      |
| PRIMARIA                                                                                                                                                       |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    | MEDIA | FECHA DE GRADO  |     |                   |     |      |
| 1°                                                                                                                                                             | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10°   | 11°             | MES | 12                | AÑO | 2013 |

|                                                                                                |                         |                          |    |                                          |             |                    |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|----|------------------------------------------|-------------|--------------------|----------------------------|
| EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)                                                      |                         |                          |    |                                          |             |                    |                            |
| DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:           |                         |                          |    |                                          |             |                    |                            |
| TC (TÉCNICA)                                                                                   |                         | TL (TECNOLÓGICA)         |    | TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)           |             | UN (UNIVERSITARIA) |                            |
| ES (ESPECIALIZACIÓN)                                                                           |                         | MG (MAESTRÍA O MAGISTER) |    | DOC (DOCTORADO O PHD)                    |             |                    |                            |
| RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY). |                         |                          |    |                                          |             |                    |                            |
| MODALIDAD ACADÉMICA                                                                            | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO                 |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN |                    | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|                                                                                                |                         | SI                       | NO |                                          | MES         | AÑO                |                            |
| PREGRADO                                                                                       | 2                       | X                        |    | TECNICO CONTABILIDAD Y FINANZAS          | 11          | 2013               |                            |
| PREGRADO                                                                                       | 4                       | X                        |    | TECNOLOGIA EN CONTABILIDAD Y FINANZAS    | 12          | 2017               |                            |
| PREGRADO                                                                                       | 10                      | X                        |    | DERECHO                                  | 06          | 2022               | 400825                     |

ESPECIFIQUE 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          |   |    |

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

### Persona Natural

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

3

#### EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE                                                  |  |  |                                  |              |     |         |     |                                              |     |    |     |    |     |      |
|----------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------|--------------|-----|---------|-----|----------------------------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE    |  |  |                                  | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                             |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                                  |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA         |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                   |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3003255518                                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                 |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                              |     |    |     |    |     |      |
|                                                                            |  |  | Día                              | 11           | Mes | 02      | Año | 2019                                         | Día |    | Mes |    | Año |      |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>1014 FACTURADOR                                 |  |  | DEPENDENCIA<br>APOYO FACTURACION |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14A 23 42 alcazares     |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                 |  |  |                                  |              |     |         |     |                                              |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS (HUFT) |  |  |                                  | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                             |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                                  |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA         |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                   |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4346262                                                       |  |  | FECHA DE INGRESO                 |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                              |     |    |     |    |     |      |
|                                                                            |  |  | Día                              | 04           | Mes | 09      | Año | 2017                                         | Día | 30 | Mes | 06 | Año | 2018 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                                     |  |  | DEPENDENCIA<br>FINANCIERA        |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 23 42 Barrio Alcázar |     |    |     |    |     |      |

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: |  |
| ÁREA 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                | 5                     | 1         |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO     | 0                     | 0         |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE        | 0                     | 9         |
| <b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b> | <b>5</b>              | <b>11</b> |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Santa Marta, 18 de 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

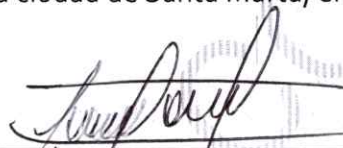
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

El (la) suscrito(a) **LAURA STEFFANY CARRASCAL RINCON** identificado con C.C./C.E./P.P No. **1.083.016.896** expedida en **Santa Marta**, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en [www.hujmb.gov.co](http://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 18 del mes de Marzo de 2024.

Firma  
Nombre  
Cédula

  
\_\_\_\_\_  
**Laura Carrascal**  
\_\_\_\_\_  
**1083016896.**

Santa Marta D.T.C.H, Marzo 2024

Señor:

**GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA**

Gerente

E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Asunto: **PROPUESTA DE TRABAJO**

Yo, **LAURA STEFFANY CARRASCAL RINCON**, identificado con la cedula de ciudadanía No. **1.083.016.896** de Santa Marta, mediante el presente me permito dejar en consideración el asunto de la referencia.

Para lo cual pretendo prestar mis servicios de **TECNICO ADMINISTRATIVO EN EL AREA DE FACTURACION DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE** con un alto grado de responsabilidad y eficiencia, plasmado las metas y objetivos encomendados por la E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, esto se traducirá en el cumplimiento de las tareas diarias dando **APOYO ADMINISTRATIVO** donde lo requiera el Ente.

Agradeciendo su amable colaboración.

Atentamente,



---

LAURA STEFFANY CARRASCAL RINCON

C.C 1.083.016.896 DE SANTA MARTA



[Pantalla Principal](#)



[Persona Natural](#)



[Persona Jurídica](#)

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1083016896**

Resultados encontrados:

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---------------|-----------------|------------------|---------------|----------------|--------------------------|
| 1 | 1083016896    | CARRASCAL       | RINCON           | LAURA         | STEFFANY       | 2022-02-23, 12:07 pm     |

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

14534614836



(415)7707212489984(8020) 000001453461483 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 8 3 0 1 6 8 9 6

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Santa Marta

14. Buzón electrónico

1 9

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

1 0 8 3 0 1 6 8 9 6

27. Fecha expedición

2 0 1 4, 0 9, 2 9

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Magdalena

4 7

30. Ciudad/Municipio

Santa Marta

0 0 1

31. Primer apellido

CARRASCAL

32. Segundo apellido

RINCON

33. Primer nombre

LAURA

34. Otros nombres

STEFFANY

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Magdalena

4 7

40. Ciudad/Municipio

Santa Marta

0 0 1

41. Dirección principal

CL 11 43 A 75 BRR ONDAS DEL CARIBE

42. Correo electrónico

lauracarrascal78@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 8 6 2 3 2 8 5 7

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Actividad principal

46. Código

6 9 2 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 7, 0 8, 1 8

## Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

## Otras actividades

50. Código

1 2

## Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

## 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 | 4 | 9 |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

49 - No responsable de IVA

## Usuarios 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

2019 - 05 - 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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo



*La República de Colombia  
Departamento del Magdalena  
Distrito Turístico Cultural e Histórico de Santa Marta*

## **INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL “LAURA VICUÑA”**

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

**CONFIERE A**

*Carrascal Rincón Laura Steffany*

Identificada con T.I. No. 96092523591 expedida en Santa Marta

**EL TITULO DE**

# **BACHILLER TÉCNICO**

*Con Especialidad en Comercio*

*Auxiliar de Documentación y Registro de Operaciones Contables*

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

*Reyes Ceballos*  
RECTORA

*Este Diploma no requiere de registro en la Secretaría de Educación (Decreto Nacional No. 924 de 1994)  
Anotado en el control interno del plantel en el libro No. 002 Folio 138 Diploma 143  
Dado en Santa Marta, a los 06 días del mes de diciembre de 2013*



REGIONAL MAGDALENA  
CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA

## ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 8521262 - 20/11/2013

# EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

## CONSIDERANDO

**Que: LAURA STEFANY CARRASCAL RINCÓN, Con Tarjeta de Identidad No. 96.092.523.591**

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE  
OTORGARLE EL TÍTULO DE:

# TÉCNICO EN CONTABILIZACIÓN DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS

En constancia de lo anterior se firma la presente en Santa Marta, a los veinte (20) días del mes de noviembre de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por  
AMPARO BEATRIZ PEÑARANDA MASSON  
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
Autenticidad del Documento  
Bogotá - Colombia

AMPARO BEATRIZ PEÑARANDA MASSON  
SUBDIRECTORA CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA  
REGIONAL MAGDALENA



REGIONAL MAGDALENA  
CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA

## ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 23493420 - 11/12/2017

# EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

## CONSIDERANDO

**Que: LAURA STEFFANY CARRASCAL RINCON, Con Cedula de Ciudadania No. 1.083.016.896**

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE  
OTORGARLE EL TÍTULO DE:

# TECNÓLOGO EN CONTABILIDAD Y FINANZAS

En constancia de lo anterior se firma la presente en Santa Marta, a los once (11) días del mes de diciembre de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por  
EDUARDO JUNIOR ROBLES PANETTA  
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
Autenticidad del Documento  
Bogotá - Colombia

EDUARDO JUNIOR ROBLES PANETTA  
Subdirector CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA  
REGIONAL MAGDALENA



## **EL CENTRO AGROEMPRESARIAL Y ACUICOLA**

### **CERTIFICA**

Que LAURA STEFFANY CARRASCAL RINCÓN identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 1.083.016.896 de Santa Marta, realizó y aprobó el curso de SERVICIO AL CLIENTE: UN RETO PERSONAL, con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó

A: Aprobó

Se expide en Riohacha, a los cinco (5) días del mes de noviembre de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por  
ANGEL MARIA MAESTRE PERALTA  
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
Autenticidad del Documento  
- COLOMBIA

ANGEL MARIA MAESTRE PERALTA  
SUBDIRECTOR CENTRO AGROEMPRESARIAL Y ACUICOLA  
REGIONAL GUAJIRA

***SENA: Una Organización con Conocimiento***



Libertad y orden  
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**LAURA STEFFANY CARRASCAL RINCÓN**

*Con Cedula de Ciudadania No. 1.083.016.896*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

## **FORMACIÓN ETICA PARA LA VIDA Y EL TRABAJO**

*con una duración de 40 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Santa Marta, a los trece (13) días del mes de octubre de dos mil dieciseis (2016)*

Firmado Digitalmente por  
EDUARDO JUNIOR ROBLES PANETTA  
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
Autenticidad del Documento  
Bogotá - Colombia

EDUARDO JUNIOR ROBLES PANETTA

Subdirector

CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA  
REGIONAL MAGDALENA

**36242038 - 13/10/2016**

**FECHA REGISTRO**

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9529001208118CC1083016896C.



República de Colombia,  
Ministerio de Educación Nacional y en su nombre,

# LA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

Personería Jurídica - Resolución 831 del 3 de diciembre de 1974



En atención a que

**LAURA STEFFANY CARRASCAL RINCÓN**

C.C. N° 1.083.016.896

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos, en testimonio de ello le otorga el título de

**ABOGADA**

Para constancia se firma en la ciudad de Santa Marta, a los 20 días del mes de Septiembre de 2022

Acta 2106 en el folio 48 del libro 74 registro N° 65016

  
PABLO VERA SALAZAR, PhD  
Rector

  
MERCEDES DE LA TORRE HASBUN  
Secretaria General





Consejo Superior  
de la Judicatura

**REPUBLICA DE COLOMBIA**

**RAMA JUDICIAL**

**CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA**

**TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO**



NOMBRES:  
**LAURA STEFFANY**

APELLIDOS:  
**CARRASCAL RINCON**

PRESIDENTE CONSEJO  
SUPERIOR DE LA JUDICATURA

**AURELIO ENRIQUE RODRIGUEZ GUZMÁN**

UNIVERSIDAD  
DEL MAGDALENA

FECHA DE GRADO  
**20/09/2022**

CONSEJO SECCIONAL  
MAGDALENA

CEDULA  
**1083016896**

FECHA DE EXPEDICIÓN  
**09/02/2023**

TARJETA N°  
**400825**

**ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO  
Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA  
LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971  
Y EL ACUERDO 180 DE 1996.**

**SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR  
FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR  
DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO  
NACIONAL DE ABOGADOS.**



## Certificado de Aptitud Laboral Ingreso

### Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



**Fecha:** 09/Dic/2020, **Hora:** 09:30:42 a.m.

**Apellido:** Carrascal Rincon

**Nombre:** Laura Steffany

**HC:** # 61969

**Edad:** 24 años

**Tipo Doc:** CC

**Nro Identidad:** 1083016896

**Sexo:** Femenino ♀

**Empresa:** Particular

**Nacim:** 25/Sep/1996

**Cargo:** Facturacion

**Rh:** O+

**Lugar:**

**Direccion:** Calle 11 No 43a-75 Ondas Del Caribe

**Telefono:** Celular: 3003255518 **Email:** **Estado Civil:** Soltero

**Ciudad:** :: No Aplica ::

**Peso:** 78 Kg **Estatura:** 165 Cm **IMC:** 28.6 **Escolaridad:** Tecnico Profesional **Jornada Laboral:** Sin Definir

**EPS:** Famisanar **ARL:** Colmena **AFP:** Porvenir

#### Exámenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteomuscular

#### Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

#### Recomendaciones

Higiene Postural  
Ejercicio Regular  
Induccion Al Sitio De Trabajo  
Pausas Activas  
Estilo De Vida Saludable  
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña  
Uso De Tapabocas Permanente  
Otras: Usar Equipos De Proteccion Para Covid 19/.

#### Observaciones

Mirta Nuñez Gutierrez  
Medicina Especialista en  
Medicina del Trabajo y  
Salud Ocupacional  
NIT. 900260832 - 0



Laura Steffany Carrascal Rincon  
CC 1083016896

Huella  
Digital

**Mirta Nuñez Gutierrez**  
Md. Especialista En Medicina Del Trabajo Y Salud  
Ocupacional  
**Lic. de S.O #:** 1725  
**Registro #:** 386

**LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO  
DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE"  
NIT. 891780185-2**

**CERTIFICA**

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora, **LAURA STEFFANY CARRASCAL RINCON**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **1.083.016.896** expedida en Santa Marta (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE"**, los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No **1758** de fecha 04 de Septiembre de 2017 con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de Septiembre al 30 de Septiembre de 2017, por un valor de UN MILLON CUATROCIENTOS MIL PESOS (\$1.400.000).
2. No. **2428** de fecha 04 de Octubre de 2017 con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de Octubre al 30 de Noviembre de 2017, por un valor de DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$2.800.000).
3. **ADICIÓN Y PRORROGA** 001 de fecha 29 de noviembre de 2017, de la orden de prestación de servicio No **2428**, con un término de finalización hasta el 31 de Diciembre de 2017, por un valor de UN MILLON CUATROCIENTOS MIL PESOS (\$1.400.000).
4. No. **043** de fecha 04 de Enero de 2018 con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de Enero al 30 de Junio de 2018, por un valor de OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS (\$8.400.000).
5. No. **807** de fecha 03 de Julio de 2018 con un plazo de ejecución contado a partir del 03 de Julio al 30 de Septiembre de 2018, por un valor de CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS (\$4.200.000).

**OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS COMO TECNICO ADMINISTRATIVO EN EL ÁREA PRESUPUESTO DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE, EN VIRTUD DE LAS ANTERIORES ORDENES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.**

6. No. **880** de fecha **11** de febrero de **2019** con un plazo de ejecución contado a partir del **11** de febrero al **30** de Junio de **2019**, por un valor de **SEIS MILLONES NOVECIENTOS VEINTICINCO MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS (\$6.925.320)**.
7. No. **1686** de fecha **02** de Julio de **2019**, con un plazo de ejecución contado a partir del **02** de Julio al **31** de Octubre de **2019**, por un valor de **CINCO MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL PESOS (\$5.936.000)**.
8. No. **2641** de fecha **01** de Noviembre de **2019**, con un plazo de ejecución contado a partir del **01** de Noviembre al **31** de Diciembre de **2019**, por un valor de **DOS MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL PESOS (\$2.968.000)**.
9. No. **024** de fecha **02** de Enero de **2020** con un plazo de ejecución contado a partir del **02** de Enero al **30** de Abril de **2020**, por un valor de **CINCO MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL PESOS (\$5.936.000)**.
10. No. **1676** de fecha **12** de junio de **2020** con un plazo de ejecución contado a partir del **12** de junio al **30** de Junio de **2020**, por un valor de **UN MILLON OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS (\$1.855.000)**.
11. No. **1771** de fecha **01** de Julio de **2020** con un plazo de ejecución contado a partir del **01** de Julio al **30** de Septiembre de **2020**, por un valor de **CINCO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS (\$5.565.000)**.
12. No. **2638** de fecha **01** de Octubre de **2020**, con un plazo de ejecución contado a partir del **01** de Octubre al **31** de Diciembre de **2020**, por un valor de **CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS (\$5.700.000)**.
13. No. **093** de fecha **01** de Enero de **2021** con un plazo de ejecución contado a partir del **01** de Enero al **31** de Marzo de **2021**, por un valor de **CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS (\$5.700.000)**.
14. No. **1081** de fecha **01** de Abril de **2021** con un plazo de ejecución contado a partir del **01** de Abril al **30** de Junio de **2021**, por un valor de **CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS (\$5.700.000)**.
15. No. **2749** de fecha **01** de julio de **2021**, con un plazo de ejecución contado a partir del **01** de julio al **31** de agosto de **2021**, por un valor de **TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$3.800.000)**.
16. **ADICIÓN Y PRORROGA No. 001** de la orden **No. 2749** de fecha **31** de agosto de **2021**, con un plazo de ejecución del **01** al **30** de septiembre de **2021**, por un valor de **UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS (\$1.900.000)**.
17. No. **3002** de fecha **01** de octubre de **2021**, con un plazo de ejecución contado a partir del **01** al **31** de octubre de **2021**, por un valor de **UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS (\$1.900.000)**.
18. No. **3986** de fecha **02** de noviembre de **2021** con un plazo de ejecución contado a partir del **02** de noviembre al **30** de noviembre de **2021**, por un valor de **UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS (\$1.900.000)**.

vigilado Supersalud

- 19.No. **4145** de fecha 01 de diciembre de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de diciembre al 31 de diciembre de 2021, por un valor de UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS (\$1.900.000).
- 20.No. **747** de fecha 01 de enero de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 28 de febrero 2022, por un valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$3.800.000).
- 21.No. **1074** de fecha 01 de marzo de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de marzo al 31 de marzo de 2022, por un valor de UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS (\$1.900.000).
- 22.No. **1371** de fecha 01 de abril de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 31 de mayo 2022, por un valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$3.800.000).
- 23.No. **2261** de fecha 01 de junio de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de junio al 31 de julio 2022, por un valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$3.800.000).
- 24.No. **2624** de fecha 01 de agosto de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de agosto al 31 de octubre 2022, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS (\$5.700.000).
- 25.No. **3604** de fecha 01 de noviembre de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de noviembre al 31 de diciembre 2022, por un valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$3.800.000).

**OBJETO:** PRESTAR LOS SERVICIOS COMO TECNICO ADMINISTRATIVO EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACIÓN DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE, EN VIRTUD DE LAS ANTERIORES ORDENES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

La presente Certificación se expide por solicitud de la Interesada, a los tres (03) días del mes de noviembre de 2022.

**ANA MARIA CORDOBA LEAL**

Jefe de la Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.

ELABORÓ: RONALD A. GOMEZ CAMACHO  
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA.



# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

## 👤 Consulta Ciudadano

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 18/03/2024 11:27:10 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1083016896** .

### NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **87919843** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

[🔍 Nueva Búsqueda](#)[🖨 Imprimir](#)

Información

515 9000

**Dios y  
Patria**

**Policía Nacional de Colombia**  
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112

**COLOMBIA  
POTENCIA DE LA  
VIDA****GOV.CO**

## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO  
No. 243623793



PIB

11:25:06

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 18 de marzo del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LAURA STEFFANY CARRASCAL RINCON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1083016896:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA  
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

**ATENCIÓN :**

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA



## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:22:53 AM horas del 18/03/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1083016896**

Apellidos y Nombres: **CARRASCAL RINCON LAURA STEFFANY**

### NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25  
barrio Modelia, Bogotá D.C.  
Atención administrativa: Lunes a  
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm  
a 5:00 pm  
Línea de atención al ciudadano:  
5159700 ext. 30552 (Bogotá)  
Resto del país: 018000 910 112  
E-mail: [dijin.araic-ato@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-ato@policia.gov.co)



Presidencia de la  
República



Ministerio de  
Defensa Nacional



Portal Único de  
Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.



LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,  
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 18 de marzo de 2024, a las 11:24:06, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía   |
| No. Identificación     | 1083016896             |
| Código de Verificación | 1083016896240318112406 |

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.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



YEZID LOZANO PUENTES  
Contralor Delegado



Tipo de declaración

PERIÓDICO

Fecha de publicación

2023-09-19 09:36

Nombres y apellidos completos

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

LAURA

STEFFANY

CARRASCAL

RINCON

Documento de identificación

Tipo

CEDULA DE CIUDADANIA

Número

1083016896

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 | \$20.400.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías  |                 |
| Gastos de representación            |                 |
| Arriendos                           |                 |
| Honorarios                          |                 |
| Otros ingresos y rentas             |                 |
| TOTAL                               | \$20.400.000,00 |

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                 | \$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 BANCARIO | \$2.900.000,00 |

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos:      Sí ☐      No ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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:

|  |
|--|
|  |
|--|

|                                                                                   |                                                  |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------|
|  | <b>FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL</b> | CODIGO: FING4F                      |
|                                                                                   |                                                  | VERSION: 002                        |
|                                                                                   |                                                  | FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021 |

|             |         |                   |
|-------------|---------|-------------------|
| Ciudad      | Oficina | Fecha Vinculación |
| Santa Marta |         |                   |

#### 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

|                                                                                                                                                                                |               |            |                     |        |          |                     |         |                      |                    |                                                                                               |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|---------------------|--------|----------|---------------------|---------|----------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Nombres y Apellidos LAURA STEFFANY CARRASCAL RINCON                                                                                                                            |               |            |                     |        |          |                     |         |                      |                    | Sexo                                                                                          |              |
|                                                                                                                                                                                |               |            |                     |        |          |                     |         |                      |                    | M                                                                                             | F            |
|                                                                                                                                                                                |               |            |                     |        |          |                     |         |                      |                    | X                                                                                             |              |
| Tipo de Documento                                                                                                                                                              |               |            |                     | Número |          |                     |         | Expedida en          |                    | Fecha de Expedición                                                                           |              |
| C.C.                                                                                                                                                                           | X             | C.E.       | T.I.                | R.C.   | PP       | 1083016896          |         |                      |                    | SANTA MARTA                                                                                   |              |
| Estado Civil (Selección)                                                                                                                                                       |               |            |                     |        |          | Nivel educativo     |         | No. Personas a cargo |                    | Tipo de Vivienda                                                                              |              |
| Soltero                                                                                                                                                                        | Casado        | Divorciado | U. libre            | Viudo  | Primaria | Bachiller           | Técnico | Universidad          | Propia             |                                                                                               | Arrendada    |
|                                                                                                                                                                                | X             |            |                     |        |          |                     |         | X                    | 2                  |                                                                                               | X            |
| Fecha nacimiento                                                                                                                                                               |               |            | Lugar de Nacimiento |        |          | Dirección Domicilio |         |                      | Municipio / Ciudad |                                                                                               | Departamento |
| 25                                                                                                                                                                             |               |            | 9                   |        |          | 1996                |         |                      | SANTA MARTA        |                                                                                               | MAGDALENA    |
| Correo Electrónico                                                                                                                                                             |               |            |                     |        |          |                     |         |                      |                    | No. Celular                                                                                   |              |
| LAURACARRASCAL78@GMAIL.COM                                                                                                                                                     |               |            |                     |        |          |                     |         |                      |                    | 3003255518                                                                                    |              |
| Ocupación (Selección)                                                                                                                                                          |               |            |                     |        |          |                     |         |                      |                    | Actividad Principal CIU                                                                       |              |
| Estudiante                                                                                                                                                                     | Independiente | X          | Empleado            | Hogar  | Jubilado |                     |         | 6                    |                    | 9                                                                                             | 2            |
| Detalle Actividad Económica                                                                                                                                                    |               |            |                     |        |          |                     |         |                      |                    | Descripción del CIU                                                                           |              |
| El registro contable de transacciones comerciales de empresas y otras entidades. La preparación o auditoria de los estados financieros. procesamiento y liquidación de nomina. |               |            |                     |        |          |                     |         |                      |                    | Actividades de contabilidad, teneduría de libros, auditoria financiera u asesoria tributaria. |              |

#### 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 |       | Carga       |                                                   |
| Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche         | Publica x | Privada                   | Mixta | Otra, cual? | Técnico administrativo en el área de facturación. |
| Dirección de empresa o negocio                         |           | Ciudad                    |       | Barrio      | No. Teléfono                                      |
| CRA 14 23- 42                                          |           | SANTA MARTA               |       | ALCAZARES   | 4346262                                           |
| Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? |           |                           |       |             | SI                                                |
|                                                        |           |                           |       |             | NO                                                |
|                                                        |           |                           |       |             | X                                                 |

#### 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

|                                                                                                                                                            |             |                         |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------|----------------|
| Total Ingresos Mensuales                                                                                                                                   | \$1.900.000 | Total Egresos mensuales | \$1.900.000    |
| Otros Ingresos Mensuales                                                                                                                                   | \$0         | Otros Egresos Mensuales | \$0            |
| Total Activos                                                                                                                                              | \$0         | Total Pasivos           | \$1.200.000    |
| Mes y año de corte de la información financiera suministrada                                                                                               | Mes 12      | Año 2022                | Es declarante? |
|                                                                                                                                                            |             | SI                      |                |
|                                                                                                                                                            |             | NO                      |                |
|                                                                                                                                                            |             | X                       |                |
| Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/o Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico? |             |                         |                |
| NO                                                                                                                                                         |             |                         |                |
| Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?                                                                                                        |             |                         |                |
| NO                                                                                                                                                         |             |                         |                |
| Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:                                                        |             |                         |                |
| CONTRATO LABORAL                                                                                                                                           |             |                         |                |

#### 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 efectúe 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 consignarán 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 Méndez 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

|                                                                                      |                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |
| <b>5. FIRMA Y HUELLA</b>                                                             |                                                                                       |

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 |
|----------------------------------------|



**CERTIFICA QUE:**

El(La) Señor(a) LAURA STEFFANY CARRASCAL RINCON identificado(a) con CC 1083016896 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

**Fecha de Activación de Servicios:** 01/02/2020

**Estado de la Afiliación:** ACTIVO

**IPS:** CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM SANTA MARTA

**Categoría:** A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 01 días del mes de marzo del año 2024.

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

**Observaciones:**

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra  
Director Operaciones Comerciales

**EPS FAMISANAR S.A.S.**