



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

[Escritorio](#) → **Configuraciones de perfil**

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

Editar

Información del usuario

Carga BACTERIÓLOGO

Título Sra.

Nombre María Rosario

Apellidos ESCOBAR NÚÑEZ

Fecha de nacimiento 27/05/1990 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Nivel educativo Universitaria completa (con título)

Género Mujer

¿Tiene alguna discapacidad? Sí No

Nombre y apellido MARIA ROSARIO ESCOBAR NÚÑEZ

Tipo de documento Cédula de ciudadanía

Número de documento 1082915355

Dirección CALLE 20 # 13A-41

Código postal 47001

Estrato 2

Ubicación Santa Marta

País COLOMBIA

Correo electrónico escobarmary507@gmail.com

Teléfono 3045917245

Celular 3045917245



Configuración

Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

Idioma Español (Colombia)

Configuración regional Español (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad ¿Cuál era la ciudad donde trabajó por primera vez?

Respuesta barranquilla

SMS para recuperar la contraseña 3045917245

Editar

Santa Marta, febrero 2025.

Doctor

HAROLDO PIZARRO NAY

Gerente.

E.S.E. ALEJANDRO PROSPERO REVEREND

Ciudad.

Asunto. Oferta de servicios.

Por medio de la presente, me permito presentar oferta, para prestar mis servicios en los términos que a continuación, se señalan así:

OBJETO: presentar mi propuesta para ofertar como **BACTERIOLOGO** en el laboratorio de la ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND.

Por lo anterior me comprometo a cumplir a cabalidad las obligaciones especificadas derivadas de la oferta y/o aquellas contenidas en los estudios de conveniencia y/o oportunidad de la contratación.

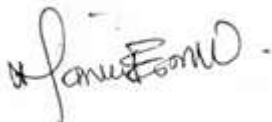
Plazo: me sujeto al plazo del contrato que establezca la entidad, de acuerdo a la necesidad del servicio.

Valor y forma de pago: los servicios ofrecidos serán por la suma mensual que estime la entidad, de acuerdo a su disponibilidad presupuestal.

Perfil: adjunto al presente, me permito hacer llegar copia de mi hoja de vida con sus respectivos soportes legales, necesarios para la contratación

De ante mano agradezco su atención prestada

Cordialmente,



MARÍA DEL ROSARIO ESCOBAR NUÑEZ

C.C. No. 1082915355



FORMATO COMPLETO

ENTIDAD RECEPTORA

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Escobar		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Nuñez		NOMBRES Maria Del Rosario	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1082915355			SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <input type="text" value="27"/> MES <input type="text" value="05"/> AÑO <input type="text" value="1990"/>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA - calle 20 # 13-41		
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA		DEPTO MAGDALENA	
DEPTO MAGDALENA		MUNICIPIO SANTA MARTA			
MUNICIPIO SANTA MARTA		TELÉFONO 3246819512		EMAIL escobarmary507@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 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	11	X		BACTERIOLOGIA	12	2008	

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

4

IDIOMAS

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

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS 6054365007	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO
	Día: 10	Mes: 11	Año: 2022	Día: Mes: Año:
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	DEPENDENCIA AREA LABORATORIO CLINICO	DIRECCIÓN - kra 14- # 23-42		

6

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		

7

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	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8

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, FEBRERO DE 2025



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

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

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARIA	DEL ROSARIO	ESCOBAR	NUÑEZ

Documento de identificación
Tipo Número

Lugar de nacimiento
País Departamento Municipio

Lugar de domicilio
País Departamento Municipio

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

Lugar de sede
País Departamento Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	\$48.000.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$48.000.000,00

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

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

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
JORGE	LUIS	ZACARO	ARREGOCES

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:

Apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Número de documento de identidad

1082915355

Nombre entidad

Fecha de publicación

dd/mm/yyyy

hasta

dd/mm/yyyy

Buscar

Limpiar búsqueda

Ir a Módulo de reporte de información

RECUERDE QUE: En virtud del principio de buena fe, se presume que la información consignada por los sujetos obligados por la Ley 2013 de 2019 es verídica y, por ende, es de uso legal hasta tanto se desvirtúe con los mecanismos consagrados por el ordenamiento jurídico vigente.

Si tiene alguna duda o presenta algún inconveniente, escríbanos a: sopORTEaplicativointegridad@funcionpublica.gov.co indicando su requerimiento, nombre, tipo y número de documento y teléfono de contacto.

Resultados de la búsqueda

Declarante	Descargar	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Declaración No.	Fecha de publicación	Estado declaración
MARIA DEL ROSARIO ESCOBAR NUÑEZ CEDULA DE CIUDADANIA - 1082915355	Declaración Ley 2013 de 2019	ALEJANDRO PROSPERO REVERAND	CONTRATISTA	INGRESO	2407740-02 Corrección de 2407740-01	2025-02-12 03:34	FINALIZADO
MARIA DEL ROSARIO ESCOBAR NUÑEZ CEDULA DE CIUDADANIA - 1082915355	Declaración Ley 2013 de 2019	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	CONTRATISTA	OTRO	1154988-01 Declaración inicial	2023-06-02 07:30	FINALIZADO
MARIA DEL ROSARIO ESCOBAR NUÑEZ CEDULA DE CIUDADANIA - 1082915355	Declaración Ley 2013 de 2019	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	CONTRATISTA	INGRESO	745404-01 Declaración inicial	2022-11-18 15:46	FINALIZADO

[Ver Aviso de privacidad](#)

[Ver Política de Tratamiento de la Información de Datos Personales](#)

Aplicativo por la Integridad Pública

1.5.12

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.082.915.355**

ESCOBAR NUÑEZ

APELLIDOS

MARIA DEL ROSARIO

NOMBRES

Maria del Rosario Escobar

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-MAY-1990**
SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67

ESTATURA

A+

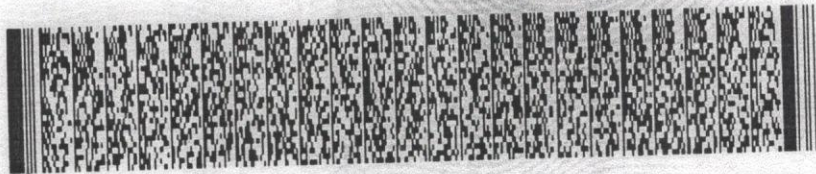
G.S. RH

F

SEXO

10-JUN-2008 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2100100-00270628-F-1082915355-20101215

0025198724A 1

35312021



• [Salir](#)

audio-control works!

[Inicio](#) > [Perfil](#) > [Usuarios](#) > [Afiliados](#) > [Traslado](#) > [Salir](#)

Satisfactorio

Descargas

Autorización Tratamiento de Datos Personales	Compromiso de confidencialidad	Formulario SARLAFT	Lista de Exámenes Médicos
--	--------------------------------	--------------------	---------------------------

Perfil - Formulario Precontractual

[Inicio](#) > [Asocia2](#) > [Perfil](#)

Foto de Perfil

Foto tipo carné, para acreditar la identidad



Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado

Actualizar imagen

Cambiar contraseña

Datos Personales

Actualización

Fecha Última Actualización

2025-02-12T03:38:15

Nombre de usuario

MARIA DEL ROSARIO ESCOBAR NUÑEZ

Correo electrónico

escobarmary507@gmail.com

Tipo de Documento

Cédula de Ciudadanía

Cédula

1082915355

Lugar de Expedición del Documento

SANTA MARTA

Fecha de Expedición

10/6/2008

Sexo

Femenino

Identidad de Género

Estado Civil

Heterosexual

Unión Libre

Nacionalidad: Colombiano ▼

Fecha de Nacimiento

Si selecciona "Otro"...

27/5/1990



Lugar de nacimiento

Dirección de Residencia

SANTA MARTA

CALLE 20 # 13A-41

Municipio

Departamento

SANTA MARTA

MAGDALENA

¿Tiene hijos? Sí ▼

Personas a cargo

Número de hijos:

3

1

Celular

Contacto de Emergencia

3246819512

Nombre de un contacto en caso de emergencia

Celular Contacto de Emergencia

Tipo de Vivienda

Celular del contacto de emergencia

Familiar

Estrato

Zona de residencia

3

Urbana

¿Tiene discapacidad? NO ▼

¿Pertenece a un grupo étnico? No ▼

¿Cuál(es)?...

¿Es usted víctima del conflicto?

¿Es usted víctima de desplazamiento?

NO

NO

Idioma Nativo: Español ▼

Informacion Profesional y Laboral

Actualización

Tipo de Ocupación

Nivel de Escolaridad

Contratista

Universitario

Título obtenido

BACTERIOLOGA

Fecha del Título

28/1/2016



¿Primer Empleo?

Sí

No

Contrato Vigente o Inmediatamente Anterior

Actualización

Nombre de la Empresa

ESE ALEJCANDRO PROSPERO REVEREND

Tipo de Entidad

Pública

Ubicación de la entidad: PAIS-DEPARTAMENTO-CIUDAD

COLOMBIA-MAGDALENA-SANTA MARTA

Email de la Entidad

correoese@esealprorev.gov.co

Actividad Contractual

BACTERIOLOGA

Tipo de afiliación: Régimen contributivo ▼

EPS: EPS SURA ▼

¿Está inscrito en el SISBÉN?

No

Actualizar Datos

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, y demás normativas vigentes en Colombia en materia de protección de datos personales, la E.S.E. Alejandro Prospero Reverend, con NIT 819.004.070, actuando como responsable del Tratamiento de Datos Personales, solicita a sus empleados, contratistas y demás vinculados, la autorización expresa para la recolección y tratamiento de sus datos personales.

Al aceptar esta autorización, usted consiente de manera libre, previa, expresa, voluntaria e inequívoca, que la E.S.E Alejandro Prospero Reverend recoja, almacene, procese, transmita y transfiera sus datos personales, los cuales se utilizarán para fines relacionados con la gestión de talento humano, contratación, cumplimiento de obligaciones contractuales y laborales, desarrollo de políticas internas, y demás propósitos necesarios para el desarrollo de la misión de la entidad.

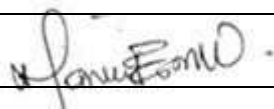
Finalidades del Tratamiento de Datos Personales: La E.S.E Alejandro Prospero Reverend tratará sus datos personales para gestionar el vínculo laboral o contractual, lo que incluye procesos administrativos como nómina, prestaciones sociales, seguridad social, consultar sus datos en en las siguientes bases de datos: Constancia de Consulta de Antecedentes Penales – Policía Nacional, Constancia de Consulta de antecedentes del Registro Nacional de Medidas Correctivas - Policía Nacional, Certificado de Antecedentes Disciplinarios – Procuraduría General de la Nación, Certificado de Antecedentes Fiscales - Contraloría General de la República, Certificado de Inhabilidades de Delitos Sexuales - Policía Nacional y RETHUS- Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (solo personal de salud) y, facilitar la comunicación con usted. Además, los datos se usarán para cumplir con las políticas internas de la empresa, normas laborales, seguridad de la información, y administrar el acceso a sistemas, activos, así como el control de asistencia y desempeño.

Derechos del Titular: Como titular de los datos personales, usted tiene derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar prueba de la autorización para el tratamiento de sus datos. Puede ser informado del uso de sus datos, revocar la autorización o solicitar la supresión de los mismos, siempre que no exista un deber legal o contractual que lo impida. Para ejercer estos derechos, puede dirigirse a la E.S.E Alejandro Prospero Reverend a través de los siguientes canales:

- Sede Administrativa, Av. Libertador # 25 - 67, Santa Marta D.T.C.H., Magdalena
- Correo electrónico: tratamientodatospersonales@esealprorev.gov.co
- Teléfono: +57 333 033 4416
- Página web: <http://www.esealejandroprosperoreverend-santamarta-magdalena.gov.co/>

Aceptación y Firma: Leído lo anterior, al firmar este documento, usted autoriza de manera libre, expresa e inequívoca a la E.S.E Alejandro Prospero Reverend para el tratamiento de sus datos personales conforme a lo establecido.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el 11 de FEBRERO de 2025.

FIRMA DEL EMPLEADO/CONTRATISTA:	
NOMBRE EMPLEADO/CONTRATISTA	MARIA DEL ROSARIO ESCOBAR NUÑEZ
Nº. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO/CONTRATISTA	1082915355

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Entre la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, con NIT 819.004.070, y MARIA DEL ROSARIO ESCOBAR NUÑEZ, identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 1082915355 en adelante denominado "colaborador", se suscribe el presente **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN** respecto a toda la información a la que tenga acceso durante su relación laboral o contractual con la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

Naturaleza de Acuerdo

Este es un acuerdo de confidencialidad **unilateral**, en el cual la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** será la única parte que revelará información confidencial al colaborador. Por lo tanto, El colaborador se compromete a mantener la confidencialidad de toda la información a la que tenga acceso, sin tener derecho a compartirla ni utilizarla para fines distintos a los autorizados.

Objeto del Acuerdo

El presente acuerdo tiene como objetivo proteger la información de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, a la que el colaborador tenga acceso durante el ejercicio de sus funciones y/o actividades. Esta información incluye, pero no se limita a, datos técnicos, operativos, administrativos y cualquier otra información relacionada con la misión de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** en la prestación de servicios de salud, manejo de casos clínicos, datos sobre pacientes, procedimientos internos, estrategias de negocio, listas de usuarios o proveedores, y cualquier otra información según las políticas internas de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

Este acuerdo también se ajusta a las disposiciones generales del Código Civil, Libro IV, sobre las obligaciones y contratos, así como a los artículos 194 y 308 del Código Penal, en relación con la divulgación de documentos reservados y violación de la reserva industrial o comercial.

Obligaciones del colaborador

El colaborador se compromete a:

- Cumplir con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y la Ley 1712 de 2014, así como con el capítulo 25 del Decreto 1074 de 2015. Además, aplicar los procedimientos y lineamientos contemplados en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la Política de Seguridad y Privacidad de la Información, los cuales están disponibles en la página web oficial de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**: <http://www.esealejandroprosperoreverend-santamarta-magdalena.gov.co>.
- No divulgar, compartir o utilizar la información confidencial para fines distintos a los autorizados expresamente por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.
- Proteger la información a través de las medidas de seguridad proporcionadas por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, así como aquellas requeridas por la naturaleza de la información.
- No realizar copias, reproducciones o almacenamientos no autorizados de la información.
- Devolver cualquier información confidencial que esté bajo su custodia al término de la relación laboral o contractual, sin conservar copias en ningún formato.
- Reportar de inmediato cualquier incidente o brecha de seguridad que pueda comprometer la información confidencial de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

Uso de la Información

El colaborador sólo podrá utilizar la información confidencial para los fines expresamente autorizados por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, en el marco de sus actividades laborales o contractuales.

Duración del Compromiso

Este compromiso se mantendrá vigente durante todo el periodo en que el colaborador preste sus servicios a la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** y continuará de forma indefinida después de la terminación de la relación laboral o contractual, independientemente de las causas de dicha terminación.

Consecuencias del Incumplimiento

El incumplimiento de las obligaciones establecidas en este acuerdo dará lugar a sanciones disciplinarias que pueden incluir la terminación del contrato, además de posibles acciones civiles, administrativas y penales, según la normativa vigente.

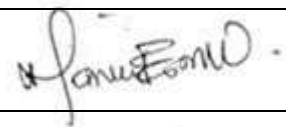
Excepciones

Este acuerdo no será aplicable a la información que sea requerida por una autoridad judicial o administrativa, siempre y cuando El colaborador notifique previamente a la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** sobre dicha obligación de divulgación.

Firma y Aceptación

El colaborador firma este documento en señal de haber leído, comprendido y aceptado todas las obligaciones aquí descritas.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el 11 de FEBRERO de 2025

FIRMA DEL COLABORADOR:	
NOMBRE COLABORADOR	MARIA DEL ROSARIO ESCOBAR NUÑEZ
N°. IDENTIFICACIÓN DEL COLABORADOR	1082915355



**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 1082915355 **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 10/02/2025 09:02 AM



Código Verificación: **6ESFYA3KV4**

Válida hasta: **11/05/2025**

Dirección de Gobierno Digital

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**

República de Colombia



La Universidad Libre

Personería Jurídica No. 192 de 1946

y en su representación el Rector y los Profesores, en atención a que

María del Rosario Escobar Núñez

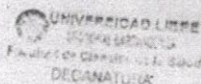
No. 1.082.915.355 de Santa Marta

ha completado los estudios y demás requisitos que los reglamentos exigen para optar al título de

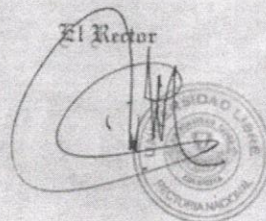
Bacteriólogo

en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, le expide el presente Diploma que acredita su idoneidad. En testimonio de lo cual se firma y rubrica con el sello mayor de la Institución.

El Decano



El Rector



El Secretario General



Oficina de Admisiones y Registro

28 de Enero del 2016

Registro 19719 Folio 3944 Libro de Registro 1086

Jefe de Admisiones y Registro

En la ciudad de *Biquilla*.

28 de Enero del 2016

Acta 467 Folio 41 Libro 17

CT 140147



UNIVERSIDAD LIBRE

Seccional Barranquilla

Km. 7 Vía antigua Puerto Colombia
Conmutador: 3673800
Fax: 3598987

Miembros de la
Asociación Colombiana
de Universidades


Acta de Grado No. 467
Folio No. 41

En el acto de ceremonia de la Universidad Libre Seccional Barranquilla siendo las 3:30 pm a los 28 días del mes de enero del año 2016, se reunieron los Doctores LUIS FERNANDO PARRA VILLANUEVA, Rector Seccional, FELIPE ZAPATA DONADO, Decano Facultad Ciencias de la Salud y OFELIA CECILIA ARCINIEGAS ANGARITA SECRETARIA ACADEMICA de la misma Facultad; con el fin de llevar a cabo el acto de grado, mediante delegación efectuada por el Rector Nacional contenida en la Resolución No. 001 del 15 de Octubre de 2014, de acuerdo con el numeral 10 del artículo 34, del Estatuto Orgánico de la Corporación Universidad Libre, del Egresado: ESCOBAR NUÑEZ MARIA DEL ROSARIO identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 1082915355 de Santa Marta, quien cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por la Ley y el Reglamento del programa para optar al título de:

BACTERIOLOGO

Acto seguido se procede a recibirle juramento y hacerle entrega al (la) Graduado (a) ESCOBAR NUÑEZ MARIA DEL ROSARIO, del diploma y copia de la presente Acta de Grado.

En testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta de Grado, en la ciudad de Barranquilla, a los 28 días del mes de enero del año 2016.


Rector Seccional


El Secretario Académico


El Decano


El Graduado (a)

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD
BACTERIÓLOGO

COLEGIO NACIONAL
DE BACTERIOLOGÍA
CNB - COLOMBIA



MARIA DEL ROSARIO ESCOBAR NUÑEZ

C.C. 1.082.915.355

UNIVERSIDAD LIBRE

BARRANQUILLA

Fecha de expedición del diploma: 2016-01-28

Fecha de inscripción en el RETHUS: 2016-04-18

02782

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 *

1082915355

Primer Nombre

maria

Primer Apellido

escobar

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

7704

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2025-02-12→3:43:45 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	1082915355	MARIA	DEL ROSARIO	ESCOBAR	NUÑEZ	Vigente

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) MARIA DEL ROSARIO ESCOBAR NUÑEZ identificado(a) con CC 1082915355 registra La siguiente información:

2025-02-12→3:43:45 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	BACTERIOLOGIA	2016-04-18	2782	Colegio Nacion de Bacteriolog
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2010-04-19	10211	SECRETARIA DEPARTAMENT DE SALUD DE MAGDALENA

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	En Repo
Exonerado del SSO	No Aplica	COLOMBIA NO APLICA	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Bacteriología	Co Naci Bacte

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).

SISPRO

Dirección:

Carrera 13 # 32-76 (piso 1)

Cundinamarca, Bogotá D.C.

Código Postal: 110311

Horario de atención:

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

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](#)

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica
María del Rosario Escobar Nuñez
CC 1082915355 de Santa Marta


Realizó y aprobó el curso abordaje integral a víctimas de violencia sexual (AIVVS) - CODIGO GRIS con un total de 80 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2025-01-29

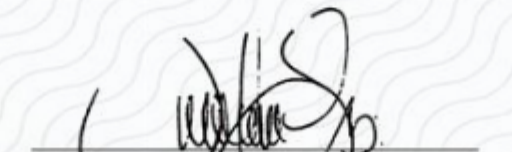
Fecha de vencimiento: 2027-01-29



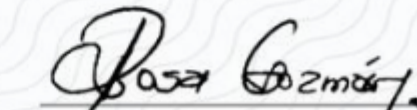
FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org



ING. SOLANLY COVALEDA
Representante Legal



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
EP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.


Certifica
María del Rosario Escobar Nuñez
CC 1082915355 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso en Uso, Manejo y Aplicación de las Pruebas de Laboratorio Utilizadas en el Punto de Atención del Paciente (POCT) con un total de 60 Horas.

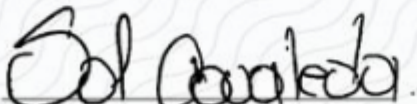
Verificación:



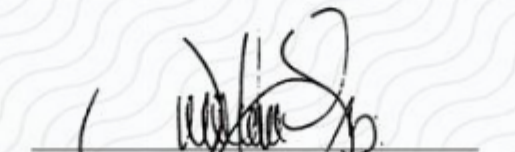
Fecha de emisión: 2024-06-25
Fecha de vencimiento: 2026-06-25



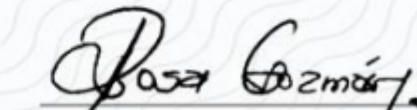
FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org



ING. SOLANLY COVALEDA
Representante Legal



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
EP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:
Maria del Rosario Escobar Nuñez
CC 1082915355 de Santa Marta

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

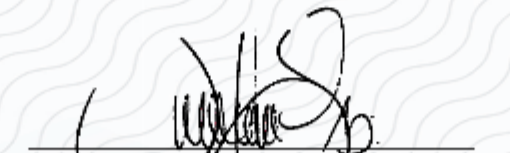
Verificación:

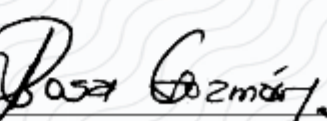


Fecha de emisión: 2023-08-10
Fecha de vencimiento: 2025-08-10

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


FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia


DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



1/1

Quien interese

CERTIFICA

Que e/la señora **MARIA DEL ROSARIO ESCOBAR NUÑEZ** identificado/a con cédula 1.082.915.355 Laboro para **GESYCOMP GESTION Y COMPETENCIAS SERVICIOS TEMPORALES LTDA** con un contrato por obra labor para la empresa usuaria **COMPAÑIA AMERICANA CITISALUD S.A.S** desempeñando el cargo de **BACTERIOLOGA** ingresando el día 24 de Junio 2016 y con fecha de terminación contractual el día 20 de Febrero 2017 con un salario de **\$1.250.000**** Mil pesos Mte.

Se expide esta certificación a petición del interesado/a a los 2 días del mes de Marzo de 2017

Cordialmente.



ANNA MARIA MONTES MOLINA
Jefe Nacional de Contratación y Seguridad Social
GESYCOMP

Regional Bogotá PBX (1) 236 20 33 – 236 20 56 Regional Barranquilla PBX (5) 357 97 55 - 356 66 80
Regional Cali PBX (2) 893 00 80 Regional Medellín PBX (4) 251 13 12

NIT: 830.144.652-1
www.gesycomp.com

Descripción del Cargo	
Nombre	Bacteriólogo

María Del Rosario Escobar Nuñez

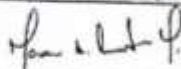
Área Funcional	Unidad Funcional	Dependencias
Laboratorio Clínico	Química Hematología Orinas Parasitología Coagulación	Asignadas

Objetivo
Ejecutar Oportuna y Eficientemente siguiendo todas las normas de calidad, seguridad y pagado a las guías y protocolos establecidos cada uno de los procedimientos necesarios para obtener los resultados de los exámenes asignados

Superior	Subordinados
Coordinador Sede	Auxiliares de Laboratorio
Nivel	Tipo de Cargo
Operativo	Asistencial

Requisitos Del Cargo	
Educación	
Bacteriólogo	
Formación	Experiencia
Conocimiento de procedimiento propios, guías y protocolos del laboratorio clínico	Máximo dos (2) años de experiencia en cargos similares
Conocimiento en Normas de habilitación de prestadores de servicio de salud y laboratorio clínico	
Manejo de equipos para procesamiento de muestras	
Conocimiento en bioseguridad	
manejo de Herramientas Ofimáticas	
Conocimiento en Indicadores de Gestión	

FUNCIONES	
1	Planificar diariamente el trabajo de cada sección
2	Realizar las actividades a cargo y vigilar la ejecución de las actividades del personal a cargo
3	Reportar cualquier tipo de novedad sobre el correcto funcionamiento de equipos a cargo
4	Gestiona oportunamente los pedidos de insumos y reactivos ante la coordinadora de sede
5	Utiliza responsablemente y óptimamente los insumos necesarios para la realización de los exámenes a cargo
6	Establecer un stock óptimo de activos para la realización oportuna de los exámenes
7	Cumple con los turnos asistenciales a su cargo
8	Verificar al final del turno su se cuenta con suficiente insumos y reactivos para continuar con la realización de las pruebas
9	Realiza el procesamiento de las muestras de acuerdo a los exámenes solicitados
10	Aplica cada uno de los procedimientos, guías y protocolos establecidos en el laboratorio para la realización de su labor
11	Mantener actualizados la información sobre requisitos para tomas de muestras según insertos de cada una de las pruebas o técnicas
12	Registrar los resultados en cada uno de los formatos establecidos y normalizados para tal fin
13	Entregar oportunamente y registra en los aplicativos destinados para tal fin el resultado de los exámenes de laboratorio, validando el mismo contenido
14	Verificar la transcripción de resultados y firmarlos, verificar los datos de Interfaces.
15	Realizar diariamente el control de calidad interno
16	Realizar el montaje y reporte mensual del control de calidad externo
17	Dirigir el formato de remisión de exámenes de laboratorio de referencia
18	Realizar seguimientos a exámenes en laboratorio de referencia.
19	Realizar mantenimiento diario de equipos a su cargo
20	Mantener sección de trabajo organizada.
21	Proponer y ejecutar alternativas para mejorar actividades operativas y asistenciales del laboratorio
22	Realizar seguimiento al desempeño de los colaboradores
23	Socializar al personal a cargo cambios en protocolos asistenciales y disposiciones administrativas
24	Colabora en las auditorías recibidas
25	Presenta informe a la coordinación de sede sobre el desempeño de sus funciones a cargo
26	Reportar y apoyar a la investigación de eventos adversos
27	Colabora con la información para normalizar los procesos y procedimientos del laboratorio
28	Responder por el buen estado de material y equipos a cargo
29	Cumplir con las normas de bioseguridad, calidad, seguridad del paciente y salud en el trabajo
30	Velar por la confidencialidad de la información de la organización y los datos clínicos del paciente
31	Realizar informes solicitados por el coordinador



MARCO ANTONIO RUEDA GUERRERO
Gerente/Rep. Legal



DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
CENTRO DE SALUD DE FOSCA E.S.E.
NIT: 832007272-7

LA SUSCRITA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE FOSCA CUNDINAMARCA

CERTIFICA:

Que MARIA DEL ROSARIO ESCOBAR NUÑEZ, identificado con Cédula de Ciudadanía No.1.082.915.355, presto sus servicios de manera independiente en el Centro de Salud de Fosca E.S.E., según información que se relaciona a continuación:

Tipo de Vinculación	CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS
Objeto	EL CONTRATISTA SE OBLIGA A LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIOLOGO PARA EL CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION.
Número de Contratos	075-2019
Valor Contratado	DOS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA MIL PESOS M/CTE (\$2.870.000=)
Valor ejecutado	DOS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA MIL PESOS M/CTE (\$2.870.000=)
Fecha de iniciación	20 DE MAYO DE 2019
Fecha de terminación	30 DE JUNIO DE 2019

Tipo de Vinculación	CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS
Objeto	EL CONTRATISTA SE OBLIGA A LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIOLOGO PARA EL CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION.
Número de Contratos	095-2019
Valor Contratado	DOS MILLONES CIENTO MIL PESOS M/CTE (\$2.100.000=)
Valor ejecutado	DOS MILLONES CIENTO MIL PESOS M/CTE (\$2.100.000=)
Fecha de iniciación	02 DE JULIO DE 2019
Fecha de terminación	31 DE JULIO DE 2019

Tipo de Vinculación	CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS
Objeto	EL CONTRATISTA SE OBLIGA A LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIOLOGO PARA EL CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION.
Número de Contratos	112-2019
Valor Contratado	DOS MILLONES CIENTO MIL PESOS M/CTE (\$2.100.000=)

"SALUD CON CALIDAD Y CALIDEZ; ENALTECIENDO EL CORAZÓN DEL HUMILDE"
Dirección: Cra. 1 No. 3-05 Telefax (091) 8490222
Correo electrónico: ese.centrodesalud@fosca-cundinamarca.gov.co

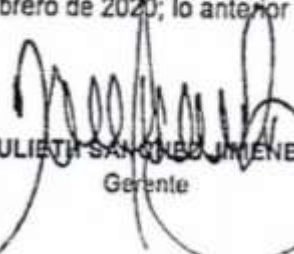




DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
CENTRO DE SALUD DE FOSCA E.S.E.
NIT: 832007272-7

Valor ejecutado	DOS MILLONES CIENTO MIL PESOS M/CTE (\$2.100.000=)
Fecha de iniciación	01 DE AGOSTO DE 2019
Fecha de terminación	30 DE AGOSTO DE 2019

Los Contratos relacionados anteriormente, no generan relación jurídica laboral entre la entidad y el contratista, solo la ejecución y pago de los productos y actividades contratados. En constancia se expide en el municipio de Fosca Cundinamarca, a los seis (06) días del mes febrero de 2020; lo anterior a solicitud del interesado.


JULIETH SANCHEZ JIMENEZ
Gerente

ELABORO: LEANDRO BARRIOSA, Auxiliar administrativo
REVISÓ: DUVAN STEFAN PEÑUELA AVILA
APROBO: DRA JULIETH SANCHEZ, Gerente

"SALUD CON CALIDAD Y CALDEZ; ENALTECIENDO EL CORAZÓN DEL HUMILDE"

Dirección: Cra. 1 No. 3-05 Telefax (091) 8490222
Correo electrónico: ese.centrodesalud@fosca-cundinamarca.gov.co





CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **MARIA DEL ROSARIO ESCOBAR NUÑEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1082915355** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1082915355
NOMBRES Y APELLIDOS	MARIA DEL ROSARIO ESCOBAR NUÑEZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	02/11/2017
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	470
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	51

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 10/02/2025

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN
DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, **Cali:** 602 380 8941,

Medellín: 604 448 61 15, **Bogotá:** 601 448 7941

Línea Nacional: 01 8000 519 519

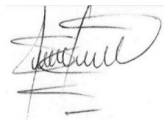
epssura.com

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA DEL ROSARIO ESCOBAR NUÑEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1082915355**, se encuentra afiliado/a desde **30/06/2016** 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 12 de febrero de 2025.



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.

FORMULARIO SARLAFT - PERSONA NATURAL

Código: F-E-PLA-003

Versión: 002 | 06/feb/2024

Fecha de creación: 06/feb/2023

DATOS PERSONA NATURAL

Tipo de documento	CEDULA	Número de documento	1082915395	Lugar de expedición	SANTA MARTA – MAGDALENA	
Primer apellido	ESCOBAR	Segundo apellido	NUÑEZ	Nombres	MARIA DEL ROSARIO	
Nacionalidad	COLOMBIANA	Dirección de domicilio	CALLE 20 # 13A-41			
Departamento	MAGDALENA	Ciudad Municipio	SANTA MARTA	Correo electrónico	Escobarmary507@gmail.com	
Número de contacto	3246819512	Lugar de nacimiento	SANTA MARTA	Fecha de nacimiento	27-MAY-1990	
Estado civil					UNION LIBRE	
Actividad principal que desempeña actualmente	BACTERIOLOGA				Código actividad en RUT (4 dígitos)	8691

REFERENCIAS (PERSONALES, LABORALES)

Apellidos y nombres	Dirección	Teléfono
Apellidos y nombres	Dirección	Teléfono

PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (PEP)¹

¿Maneja recursos públicos?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Tiene reconocimiento público?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Ejerce algún grado de poder público?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Es familiar o asociado de una persona públicamente expuesta?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál?			

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingreso mensual	4.000.000	Otros ingresos mensuales	0	Total ingresos mensuales	4.000.000	Total egresos mensuales	4.000.000
Total activos	0	Total pasivos	0	Información financiera a corte FEBRERO 2025			
Indique el concepto de otros ingresos							

INFORMACIÓN BANCARIA

Entidad bancaria	BANCOLOMBIA	Número de cuenta	48761757337	Tipo de cuenta	AHORRO
Entidad bancaria		Número de cuenta		Tipo de cuenta	
Entidad bancaria		Número de cuenta		Tipo de cuenta	

OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza negocios en moneda extranjera?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo de cuenta	
		¿Cuál?	

INFORMACIÓN BANCARIA

¿Tiene productos financieros en moneda extranjera?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo de producto		Número de producto	
		Entidad financiera		País	

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

1. Declaro expresamente que los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.

3. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla con cualquier cambio.

4. De manera irrevocable autorizo a la **ESE Alejandro Próspero Reverend** para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.

5. Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

6. Eximimos a la **ESE Alejandro Próspero Reverend**, sus representantes legales y administradores de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):

DECLARACIONES ADICIONALES

¿Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	¿Ha sido incluido en listas inhibitorias tales como Lista Clinton?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
--	--	--	--

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

La **ESE Alejandro Próspero Reverend** como tratante de los datos obtenidos durante la ejecución de su objeto misional y a través de los diferentes canales de recolección, solicita de su autorización para realizar el tratamiento de sus datos personales, los cuales serán incorporados en nuestra base de datos.

La información y datos personales suministrados a la **ESE Alejandro Próspero Reverend** podrán ser recolectados, procesados, almacenados, usados, circulados, suprimidos, compartidos, actualizados y/o transmitidos, de acuerdo con los términos y condiciones de las políticas de seguridad informática establecidas en <https://www.eselprorev.gov.co>

Los datos personales obtenidos serán usados en forma exclusiva para el cumplimiento de nuestra misión institucional y la debida prestación de servicios a la ciudadanía.

SI NO

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:


 Firma

Certificado Bancario

Lunes, 10 de febrero de 2025

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MARIA DEL ROSARIO ESCOBAR NUÑEZ identificado(a) con CC 1082915355, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	48761757337	2016/06/27	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.



CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2022-10-01

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usaria:	Laboratorio Químico Clínico Ingresos	Actividad económica:	Salud
Nombre:	MARIA DEL ROSARIO ESCOBAR NUÑEZ	Documento:	CC 1082915355
Fecha de nacimiento:	1990-05-27	Lugar de nacimiento:	SantaMarta (Magdalena)
Edad:	32 años	Género:	Femenino
Estado civil:	Soltero	No. hijos vivos:	0
Dirección actual:	CALLE 20 N 13A-49 ALCAZARES	Municipio:	SANTA MARTA
Teléfono:	3246819512	Escolaridad:	Universitario_completo
Ocupación:	Bacteriologa	EPS:	Sura
Responsable**:	[.]	Teléfono:	3246819512
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

1. Vacuna: Covid-19 Pfizer- Dosis 2 - Ultima dosis: 2021/05/01

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: NO REALIZADA.
 Optometría: Su capacidad visual actual es insuficiente y requiere corrección.
 Audiometría: NO APLICA.
 Espirometría computarizada: NO REALIZADA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a MARIA DEL ROSARIO ESCOBAR NUÑEZ con documento de identificación No. 1082915355 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de Bacteriologa del sector económico Salud

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Uso de corrección óptica permanente.

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

Exámenes de laboratorio clínico para el Sistema de Vigilancia Epidemiológica:

- Cuadro hemático: dentro de valores límites normales.
- Hepatitis B Anticuerpo Superficial (ANTIHB5): dentro de valores límites normales.
- EMD de Ingreso Osteomuscular: sin alteraciones evidenciadas durante el examen físico.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

CONSIDERACIONES ESPECIALES DE HISTORIA OCUPACIONAL EN PANDEMIA POR CORONAVIRUS: La presente evaluación médica ocupacional que se realiza durante la pandemia por COVID 19, se lleva a cabo de forma integral, teniendo en cuenta una encuesta de síntomas, presencia de signos y síntomas respiratorios agudos, verificación de antecedentes de patologías o infecciones y verificación de estado de la vacunación contra COVID 19. Cualquier hallazgo significativo encontrado se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado e implicaciones ocupacionales. Esta evaluación no garantiza que a futuro el trabajador no padezca la enfermedad. En caso de presentar algún síntoma al respecto, será pertinente que se le haga una nueva valoración médica en su Entidad de Salud. Por todo lo anterior se recomienda implementar las medidas generales y específicas según proceso productivo y sector económico, en el marco del Programa de Bioseguridad de cada empresa y en atención a los lineamientos de autoridades competentes como Ministerios de Trabajo, Salud y Seguridad Social.

Es de vital importancia para PROTEGERNOS DEL CORONAVIRUS:

- Lavar nuestras manos regularmente con abundante agua y jabón.
- Usar tapabocas convencionales todo el tiempo en espacios donde sea imposible mantener distancias mayores a 1 metro, como: transporte público, taxis, supermercados, bancos, entre otros.
- Si se usa transporte masivo usar siempre tapabocas y lavarse las manos después de usarlo.
- Evitar tocarse la cara, especialmente después de tener contacto con superficies contaminadas o personas enfermas.
- Limpiar constantemente con desinfectante las superficies con las que tenemos contacto.
- Mantener una distancia no inferior a un metro con otras personas: No saludar de beso ni de mano y evite el contacto físico.
- Descargue el aplicativo Coronapp-Colombia para recibir información personalizada e infórmese a través de fuentes confiables.

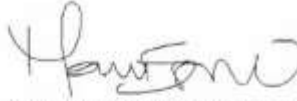
14/3/23, 10:00

Certificado medico MARIA DEL ROSARIO ESCOBAR NUÑEZ

- SI TIENE LOS SIGUIENTES SINTOMAS: Fiebre, Tos, Dificultad para respirar, dolor para tragar, notifiquelo a su empleador y su EPS, No vaya a lugares públicos, es ideal que se aísle preventivamente.



Liseth Faride Britto Granados
Medico
Especialista en Salud Ocupacional
Universidad Del Norte
Res No. 3314 - 12/11/2015
Santa Marta



MARIA DEL ROSARIO ESCOBAR NUÑEZ
Documento: 1082915355



Escanee el código si
desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiéndose que hacen parte integral de su historial médico.

Calle 26Bis No. 5-36 SantaMarta - Colombia PBX: 605-4395000
www.laboquimico.com laboquimico@metrotel.net.co

Impreso por: luisa.londono
Fecha: 2023-03-14 Hora: 09:58



PREVENIR 1-A S.A

Nit. 819001920 - 7

Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA

Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

VISIOMETRÍA

Fecha examen: **04/12/2023**

Doc. Identidad **CC 1082915355** Nombre **MARIA DEL ROSARIO ESCOBAR NUÑEZ** Fecha Nacimiento. **27/05/1990**
 Entidad **PARTICULAR** Edad **31 años** Ocupación **BACTERIÓLOGO**
 H.C No Ingreso Periódico Retiro Caso Ocupacional Reubicación
 Post incapacidad Trabajo en alturas Control Ingreso al SVE
 Empresa **OCUPACIONAL BASICO** Cargo **BACTERIÓLOGO** Antigüedad del cargo
 Fondo de Pensión **COLPENSIONES** EPS **EPS SURA** ARL

ANAMNESIS
 Último Examen Visual **HACE 3 AÑOS** Usa anteojos: SI NO VL VP PC Bifocal
 Progresivo Filtros LC RGP LC BLANDO Frecuencia de uso: Permanente Ocasional
 Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? SI NO Cirugías: SI NO Cual?
 Accidentes oculares SI NO Cual?
 Signos y síntomas: Asintomático Disminución visual de cerca Disminución visual de lejos Cefaleas Resequedad ocular
 Ardor Ocular Lagrimeo Cansancio Ocular Irritación Fotofobia Prurito Ocular Salto de renglón
 Antecedentes personales y/o familiares

AGUDEZA VISUAL

CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD				20/22	0.50
OI				20/22	0.50
AO				20/20	0.50

LENSOMETRÍA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			o	
OI			o	

EXAMEN EXTERNO OD OI
 Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival Pterigio N
 Pterigio T Pinguécula Nevus Blefaritis
 Blefaritis seborreica Secreción Leucoma Corneal
 Ptosis palpebral Otros:

MOTILIDAD OCULAR
 VL: **NORMAL** VP: **NORMAL** HISHBERG: **CENTRADO**
 Ducciones: Versiones: PPC:

INTERPRETACIÓN OD OI
 No requiere corrección óptica
 Defecto refractivo adecuadamente corregido
 Defecto refractivo inadecuadamente corregido
 Defecto refractivo no corregido
 Gafas no formuladas

TEST OCUPACIONALES
 Visión cromática Vis. profun. Vis. confron.
 OD Normal Discromatopsia Ceguera al color
 OI Normal Discromatopsia Ceguera al color

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA OD OI
 Emetropía
 Ametropía
 Disminución visual
 Otros:

RECOMENDACIONES
 Valoración por optometría clínica Valoración por oftalmología
 Control Visiometría

RETINOSCOPIA

	Refracción:			Subjetivo:				
	Esfera	Cilindro	Eje	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD								
OI								

DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)
 Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION
 H522 ASTIGMATISMO AO

CONCEPTO
 Apto No Apto Aplazado
RECOMENDACIONES
 USO DE LENTES DE MANERA OCASIONAL.
 CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA
OBSERVACIONES
 CORTREGIDO CON GAFAS...
 EXAMEN S.C



Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional : 8905/2009 SDSM



Calle 27 Nro. 45-109 Tel: 57 (4) 369 51 00
www.segurossura.com.co/ayudasdiagnosticas

Paciente: ESCOBAR NUÑEZ MARIA DEL ROSARIO	Identificación: 1082915355	Nro. Servicio: 10012176	No. Paciente: 23026
Sexo/Edad: FEMENINO / 34 Años	Teléfono: 3246819512	Tipo servicio:	
Médico: ANA HATTA PALMA	Fecha servicio: 27/01/2025	Fecha impresión: 29/01/2025 11:12 AM	
Empresa: VIVA 1 A IPS S.A.		Habitación:	

GLUCOSA (suero, LCR, otros fluidos) Validado: 27/01/2025 03:14 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia		Unidad
GLUCOSA EN AYUNAS	93	74	106	mg/dL
VALORES DE REFERENCIA ADA-OMS:				
GLUCOSA NORMAL EN AYUNAS (ADA)		<=100		mg/dL
GLUCOSA ANORMAL EN AYUNAS (ADA)		100	125	mg/dL
CRITERIO PARA DIAGNÓSTICO DE DIABETES *		>= 126		mg/dL
GLUCOSA OCASIONAL VALOR NORMAL		<200		mg/dL
VALORES NORMALES R.N A TÉRMINO (1 DÍA)		30	90	mg/dL
GLUCOSA EN LCR		Niños: 60 - 80	Adultos: 40 - 70	mg/dL

* Criterio según ADA y OMS para diagnóstico de Diabetes incluye niveles de HbA1C > o igual a 6.5% Diabetes Care, Vol 34 Enero 2011.
MÉTODO: ENZIMÁTICO HEXOQUINASA.

RESPONSABLE

PROCESO TÉCNICO: CINDY LORENA MARTÍNEZ

REG. 50-14842



Calle 27 Nro. 45-109 Tel: 57 (4) 369 51 00
www.segurossura.com.co/ayudasdiagnosticas

Paciente: ESCOBAR NUÑEZ MARIA DEL ROSARIO	Identificación: 1082915355	Nro. Servicio: 9592481	No. Paciente: 23010
Sexo/Edad: FEMENINO / 34 Años	Teléfono: 3246819512	Tipo servicio:	
Médico: CLINICA MAR CARIBE	Fecha servicio: 01/08/2024	Fecha impresión: 29/01/2025 11:23 AM	
Empresa: VIVA 1 A IPS S.A.		Habitación:	

CUADRO HEMATICO (HEMOGRAMA)

Validado: 01/08/2024 03:06 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia		Unidad
Recuento de eritrocitos (en millones)	3.85	3.9	5.4	mm ³
Hemoglobina	9.8	12	16	g/dL
Hematocrito	31.3	38	47	%
Volumen Corpuscular Medio	81.1	82	98	fL
Hemoglobina Media Corpuscular	25.5	27	31	pg
Concentración Hemoglobina Corpuscular Media	31.5	33	37	g/dL
Ancho de Distribución Eritrocitario	14.8	11.5	15.1	%
Recuento de Leucocitos (en miles)	8111	4500	11000	mm ³
Neutrofilos (No. Absoluto)	5446	1800	7700	mm ³
Neutrofilos (porcentaje)	67.1	40	70	%
Linfocitos (No. Absoluto)	1914	900	5000	mm ³
Linfocitos (porcentaje)	23.6	20	45	%
Monocitos (No. Absoluto)	653	100	1000	mm ³
Monocitos (porcentaje)	8.1	2	9	%
Eosinófilos (No. Absoluto)	59	0	700	mm ³
Eosinófilos (porcentaje)	0.7	0	6	%
Basófilos (No. Absoluto)	38	0	200	mm ³
Basófilos (porcentaje)	0.5	0	1	%
Recuento de plaquetas (en miles)	311000	150000	450000	mm ³
Volumen Plaquetario Medio	7.26	6.9	10.5	fL

Valores de referencia ajustados por grupo etáreo y género. Según parámetros internacionales.
NOTA: Se modifican unidades de reporte en valores absolutos a partir del 01-10-2019.

BACTERIOLOGA

WENDY LORAIN CHAMORRO GONZALEZ

REG. 1140890758



Calle 27 Nro. 45-109 Tel: 57 (4) 369 51 00
www.segurossura.com.co/ayudasdiagnosticas

Paciente: ESCOBAR NUÑEZ MARIA DEL ROSARIO	Identificación: 1082915355	Nro. Servicio: 10012175	No. Paciente: 23026
Sexo/Edad: FEMENINO / 34 Años	Teléfono: 3246819512	Tipo servicio:	
Médico: ANA HATTA PALMA	Fecha servicio: 27/01/2025	Fecha impresión: 27/01/2025 05:29 PM	
Empresa: VIVA 1 A IPS S.A.		Habitación:	

HEPATITIS B, ANTIGENO DE SUPERFICIE

Validado: 27/01/2025 03:14 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia		Unidad
Hepatitis B, Antígeno de superficie	0.36	0	0.9	COI

Hepatitis B, Antígeno de superficie

Interpretación Ag HBs

No reactivo

Método: Electroquimioluminiscencia (ECLIA)

Notas : INTERPRETACIÓN:

No Reactivo: <0.90 COI

Indeterminado: 0.9 - 0.99 COI

Reactivo: >1.00 COI

La prueba HBsAG es un ensayo de Electroquimioluminiscencia (ECLIA), utilizado como prueba de tamizaje para la detección cualitativa de antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B. Un resultado No reactivo no descarta la absoluta posibilidad de una exposición o una infección por el virus de la hepatitis B. Un resultado reactivo debe ser confirmado con exámenes complementarios. Los resultados del análisis se deben interpretar en conjunto con la historia clínica y contexto clínico del paciente.

Actualización de valores de referencia por cambio de tecnología.

Se sugiere correlacionar los datos obtenidos con la historia clínica del paciente y en cada contexto clínico particular.

RESPONSABLE

PROCESO TÉCNICO: CINDY LORENA MARTÍNEZ

REG. 50-14842



PREVENIR 1A SA
CRA 20#12-32
SANTA MARTA
TEL: 4237121
NIT: 819001920-7

INFORMACIÓN GENERAL PRUEBA GHQ-28

MARIA DEL ROSARIO ESCOBAR NUÑEZ

Fecha de interpretación de prueba: 04/12/2023

Edad: 33 AÑOS

Fecha de nacimiento:
27/05/1990

Nivel académico: PROFESIONAL

Numero de Identificación:
1082915355

Evaluador

Cristian Alfonso Gomez Yanet , Psicólogo

Test aplicado

GHQ-28

Resultados

Luego de la aplicación del GHQ -28, el paciente obtuvo una puntuación directa 0 en síntomas somáticos, 0 puntos en ansiedad - insomnio, 0 puntos en disfunción social y 0 puntos en depresión

Análisis de resultados

Paciente alopsiquica y autopsiquicamente consciente, presenta buena salud general autopercebida.

Sugerencias

Ninguno



Cristian Alfonso Gomez Yanet
PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
C.C. 1083018742 T.P. 208468
L.I.C. SET-021/2023

FIRMA EVALUADOR

T.P. 208468



SEGUROS DEL ESTADO
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN SANTA MARTA	SUCURSAL AGENCIA SANTA MARTA	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO NO CAUSA PRIMA	POLIZA No. 46-03-101001960	ANEXO No. 1
TOMADOR MARIA DEL ROSARIO ESCOBAR NUÑEZ		CC 1.082.915.355		
DIRECCION CL 20 NRO. 13 A - 41		CIUDAD SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO 3246819512	
ASEGURADO MARIA DEL ROSARIO ESCOBAR NUÑEZ		CC 1.082.915.355		
DIRECCION CL 20 NRO. 13 A - 41		CIUDAD SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO 3246819512	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0		
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 31 / 01 / 2025	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 21 / 06 / 2024	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 21 / 06 / 2025	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 30 / 01 / 2025	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 21 / 06 / 2025
INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION	COMPANIA	COASEGURO CEDIDO
MARINA LUCIA CRUZ HERNANDEZ	174087	100.00		
				% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1
ACTIVIDAD: BACTERIOLOGIA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	\$ 300,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD	\$ 300,000,000.00		\$ 60,000,000.00

DEDUCIBLES: ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD ° 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - \$ 15,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****300,000,000.00	PRIMA:	\$ *****0.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****0.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****0.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO, DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 20 NO. 11-75 L103, TELÉFONO 4208074 - SANTA MARTA

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D001, ADJUNTA.

SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA
ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA
ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA
ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA
ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA
ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA
ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA
ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA
ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA
ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA

46-03-101001960

[Firma]

LUISPATINOIMP FIRMA AUTORIZADA
CLIENTE
TOMADOR



**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA SANTA MARTA	ANEXO NO CAUSA PRIMA	46-03-101001960	1
TOMADOR MARIA DEL ROSARIO ESCOBAR NUÑEZ	CIUDAD SANTA MARTA, MAGDALENA	CC 1.082.915.355	TELEFONO 3246819512
DIRECCION CL 20 NRO. 13 A - 41			
ASEGURADO MARIA DEL ROSARIO ESCOBAR NUÑEZ	CIUDAD SANTA MARTA, MAGDALENA	CC 1.082.915.355	TELEFONO 3246819512
DIRECCION CL 20 NRO. 13 A - 41			
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE ACLARA QUE:

LA COBERTURA OTORGADA BAJO LA PRESENTE POLIZA SE EXTIENDE A CUBRIR Y AMPARAR LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR ACTIVIDADES DE LA SALUD IMPUTABLE A ESCOBAR NUÑEZ MARIA DEL ROSARIO EN EJECUCION DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL COMO BACTERIOLOGA Y A E.S.E. ALEJANDRO PROSPERO REVEREND Nit: 819.004.070-5 COMO ASEGURADO ADICIONAL

EL VALOR ASEGURADO DE ESTA POLIZA ES UNICO COMBINADO PARA TODOS ASEGURADOS BENEFICIARIOS RECLAMANTES Y CONTRATOS ENDOSADOS EL CUAL SE DISMINUYEN EN IGUAL PROPORCION AL PAGO DE INDEMNIZACIONES.

//
DEMÁS TERMINOS Y CONDICIONES CONTINUAN SIN MODIFICAR