

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD

NOMBRE DEL ASPIRANTE: _____

106 Andrea Ramirez Cedula de Ciudadanía N°

PROFESION:

Enfermera

LISTA DE CHEQUEO DE HOJAS DE VIDA PARA INGRESO NUEVOS CONTRATISTAS – OPS			
ENTREGAR DOCUMENTOS EN CARPETA 4 ALETAS BLANCA (PROPALCOTE) TAMAÑO OFICIO, EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	NO	N/A
1 Estudio de Necesidad y Oportunidad			
2 Lista de Chequeo de Ingresos de Contratista (Entregado Por el área de supervisión)	✓		
3 Registro Proveedores - Persona Natural (REGISTRARSE EN https://hujmb.com/siji/proveedores/pnatural.php)	✓		
4 Propuesta de Servicios	✓		
5 Certificado antecedentes Procuraduría (fecha vigente — no superior a 30 días)	✓		
6 Certificado antecedentes Contraloría (fecha vigente — no superior a 30 días)	✓		
7 Certificado antecedentes Policía Nacional (fecha vigente — no superior a 30 días)			
8 Certificados antecedentes del sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNNC de la Policía Nacional de Colombia (fecha vigente — no superior a 30 días)	✓		
9 Cedula de Ciudadanía	✓		
10 Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)			
11 Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)			
12 RUT - Registro Unico Tributario	✓		
13 Hoja de Vida — Función pública			
14 Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)	✓		
15 Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL - Abogados, Médicos, Psicólogo y Enfermera (fecha vigente — MES actual).	✓		
16 Convalidación de Título (Médicos y Médicos Especialistas) — Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.			
17 Resolución departamental para ejercer profesión - (personal asistencial)	✓		
18 Tarjeta Profesional	✓		
19 RETHUS (Personal Asistencial en general)	✓		
20 Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde \$250.000.000 millones de pesos. (Médicos y Especialistas)			
21 Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (Personal Asistencial).	✓		
22 Certificado de curso SOPORTE VITAL BASICO - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).			
23 Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras y Médicos, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).			
24 Certificado de Curso en UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)	✓		
25 Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS - Médicos Generales y Especialistas del área de UCI y Hospitalización.			
26 Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la GESTIÓN DEL DUELO (Personal asistencial del área de Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).	✓		
27 Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el CUIDADO DEL DONANTE (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.			
28 Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS (Personal Asistencial del área de Urgencias y Transporte Asistencial) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).			
29 Curso Apoyo Vital Avanzado Pediatría – PALS (Pediatras) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).			
30 Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — NALS (Neonatólogo) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).			
31 Curso de PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia)			
32 Examen Pre-Occupacional (Decreto 0723 de 2013) cap 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (Vigencia no superior a TRES (03) años)	✓		
33 Soporte de experiencia laboral.	✓		
34 Vacunas (HEPATITIS B) (todo el personal asistencial)	✓		
35 Formato DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS — Diligenciar en la página web (https://www.funcionpublica.gov.co/funci/login/auth)	✓		
36 Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (INDEPENDIENTE – fecha no superior a 30 días)	✓		
37 Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE – fecha no superior a 30 días)	✓		
38 Certificado ARL (INDEPENDIENTE – fecha no superior a 30 días)	✓		
39 Certificado SARLAF – PERSONA NATURAL - https://www.hujmb.com/wp-content/uploads/2021/12/FINCAF-FORMATO-VINCULACION-PERSONA-NATURAL-3-1.xlsx	✓		

NOTA: Los documentos deberán ser originales o copias legibles, sin excepción alguna.

Los documentos deberán ser entregados en una carpeta 4 aletas de color blanco tamaño oficio, en el orden de la lista arriba descrita, sin grapas, ni perforación alguna. Los documentos aportados serán verificados previamente en las distintas plataformas o base de datos, dando fe de su autenticidad, dicha revisión estará a cargo de:

Ingrese número de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: 1042425641

Resultados encontrados:

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

Santa marta 17 de julio del 2022.

Doctor
LUIS OSCAR GALVES MATUIS
Gerente interventor
(E.S.E.) Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche
E. S. D.

RESPETUOSO SALUDO

Muy comediantemente le presento a usted mi propuesta de trabajo como ENFERMERA JEFE en la cual me ha desempeñado, cumpliendo a cabalidad con todas las funciones que me han asignado durante dicho periodo de la institución.

Espero cumplir con el perfil que se necesite y de antemano agradezco la colaboración que tenga a la presente.

ATENTAMENTE:

Loly Andrea Ramirez Navarro

LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO
CC: 1.042.425.641 DE SOLEDAD



Bogotá DC, 12 de julio del 2022

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilitaciones (SIRI), el(la) señor(a) LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1042425641:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilitaciones 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 inhabilitaciones generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilitaciones 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: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

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.

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

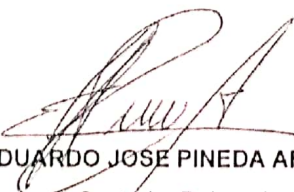
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 12 de julio de 2022, a las 18:54:10, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1042425641
Código de Verificación	1042425641220712185410

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.



EDUARDO JOSE PINEDA ARRIETA
Contralor Delegado



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:01:46 PM horas del 12/07/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1042425641**

Apellidos y Nombres: **RAMIREZ NAVARRO LOLY ANDREA**

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-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

👤 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 12/07/2022 08:04:57 p. m. para el **Nº de Expediente o Comparendo Nº. 1042425641**

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. **36989644** . 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 ...

5159000

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 No. 26 - 21
Centro Administrativo Nacional (CAN) Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112

www.policia.gov.co



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.042.425.641

RAMIREZ NAVARRO

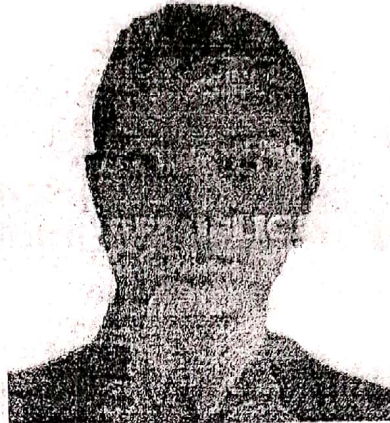
APELLIDOS

LOLY ANDREA

NOMBRES

Loly A. Ramirez Navarro

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
SANTA MARTA
(MAGDALENA)

06-SEP-1987

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50

O+

F

ESTATURA

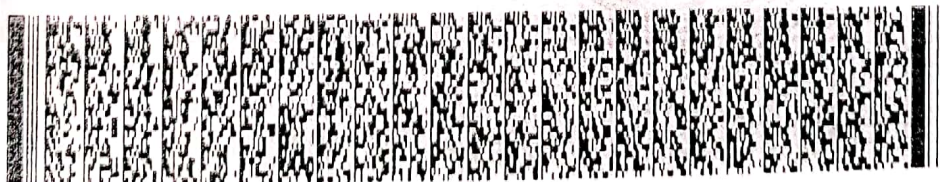
G.S. RH

SEXO

09-DIC-2005 SOLEDAD

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



R-2100100-00324018-F-1042425641-20110818

0027777360A 1

37172350

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14838281211



(415)7707212489984(8020) 000001483828121 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 4 2 4 2 5 6 4 1 1

6. DV

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 4 2 4 2 5 6 4 1

27. Fecha expedición

2 0 0 5 1 2 0 9

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Atlántico

0 8

30. Ciudad/Municipio

Soledad

7 5 8

31. Primer apellido

RAMIREZ

32. Segundo apellido

NAVARRO

33. Primer nombre

LOLY

34. Otros nombres

ANDREA

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

MZ 70 CA 13 URB CIUDELA VEINTINUEVE DE JULIO

42. Correo electrónico

lorana06@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 7 3 8 7 7 5 2 3

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código 47. Fecha inicio actividad

8 6 9 2 2 0 1 5 1 0 2 9

Actividad secundaria

48. Código 49. Fecha inicio actividad

8 5 2 3 2 0 2 0 0 6 0 1

Otras actividades

50. Código 1 2

51. Código

2 2 2 4

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 2 0 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

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

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 ☐

60. No. de Folios:

61. Fecha

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

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

985. Cargo



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Ramirez</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Navarro</u>	NOMBRES <u>Loly Andrea</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>1042425641</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ <u>Colombia</u>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>06</u> MES <u>09</u> AÑO <u>1987</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Magdalena</u> MUNICIPIO <u>Santa Marta</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Manzana 70 casa 13 ciudadela 29 de julio</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Magdalena</u> MUNICIPIO <u>Santa Marta</u> TELÉFONO <u>3173877523</u> EMAIL <u>lorana06@hotmail.com</u>

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: <u>Bachiller Comercial</u>	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES <u>12</u>	AÑO <u>2004</u>

EDUCACION 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	
<u>UN</u>	<u>8</u>	☒	☐	<u>Enfermería</u>	<u>03</u>	<u>2012</u>	<u>42068</u>

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

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 ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD <i>HUJMB</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Magdalena</i>	MUNICIPIO <i>Santa Marta</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>27</i> MES <i>10</i> AÑO <i>2020</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>17</i> MES <i>07</i> AÑO <i>2022</i>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Enfermera jefe</i>	DEPENDENCIA <i>Unidad Cuidado Crítico</i>	DIRECCIÓN <i>Cr 14 #23-42</i>	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD <i>perfect body medical center</i>	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☒	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Magdalena</i>	MUNICIPIO <i>Santa Marta</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>4217902</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>07</i> MES <i>12</i> AÑO <i>2015</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>30</i> MES <i>11</i> AÑO <i>2019</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Enfermera jefe</i>	DEPENDENCIA <i>Unidad Cuidado Crítico</i>	DIRECCIÓN <i>Carrera 20 #15-110</i>	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☐	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☐	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	48
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	51

5 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 VERACÉS, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta 12 de marzo 2021

Lolp Ramirez Navarro

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional



y en su nombre el

Colegio Nuestra Señora de Fátima

Autorizado por la Secretaría de Educación del Departamento del Atlántico

Según Resolución No. 312 del 15 de Abril de 2002

Confiere a

Ramírez Navarro Dolores Magdalena

Identificado (a) con T.I. No. 870916-51755 SANTA MARTA

el Título de:

Bachiller Comercial

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel

de Educación Media, (Artículo 28 Ley 115 de 1994);

según los planes y programas vigentes

Capitán Sonia López Ardila
Rectora

Mónica Cuervo López

Mónica Cuervo López
Secretaria Académica

Registro Interno No. 068 Acta No. 05

Dado en Soledad Atlántico el 7 de Diciembre de 2004

No requiere ser registrado en la Secretaría de Educación
de conformidad con Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994

Acta Individual de Grado
Colegio Nuestra Señora de Fatima
Calle 30 Vía Aeropuerto - Soledad

Inscripción F.E. 009

Pane: 108758001852

En la ciudad de Soledad, al séptimo (7) día del mes de Diciembre de 2004 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria Académica, en la oficina de Rectoría del Colegio Nuestra Señora de Fatima, Institución aprobada en el nivel de Educación Media Académica; y autorizada por la Secretaría de Educación del Atlántico, para otorgar el título de Bachiller Comercial, según Resolución No. 312. del 15 de Abril de 2002.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Comercial se procedió a otorgar el título de:

Bachiller Comercial

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

DOLORES MAGDALENA RAMIREZ NAVARRO

IDENTIFICADA CON T.I. No. 870906-51755 SANTA MARTA

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. de fecha 7 de Diciembre de 2004 que consta de alumnos graduados, comienza con el nombre de SUSAN JOHANA AGUIRRE

CASTILLO cierra con el nombre de NESTOR AGUSTIN ZORRO BRAVO

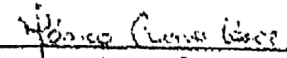
Firmada y Sellada por la Capitán Sonia López Arellano (Rectora) y
Mónica Cuervo López (Secretaria Académica).

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

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

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


Capitán Sonia López Arellano
Rectora


Mónica Cuervo López
Secretaria Académica



UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Decreto No. 1419 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1810 del 11 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO

con cédula de ciudadanía No. 1.042.425.641 de Soledad

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

ENFERMERA

En testimonio de ello le expide el presente diploma

y se firma en Santa Marta el día 23 de Marzo de 2012

Director(a) Sede

Decano(a) de la Facultad

Rector

Secretario(a) General

Registros y Diplomas

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



UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

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

Acta Individual de Graduación No. 1

PROGRAMA: ENFERMERÍA

CÓDIGO SNIES: 4176

FECHA: 23 DE MARZO DE 2012

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SEDE SANTA MARTA

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

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

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

Rector: CÉSAR AUGUSTO PÉREZ GONZÁLEZ

Director(a) Académico de la Sede OMAR VARGAS VARGAS

Decano(a) Facultad MONICA CABALLERO ZAMBRANO

Secretaria General GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

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

Gloria Patricia Rave J
GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretaria General



TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA

NIT: 830040508-1

Ley 266 de 1996 / Ley 911 de 2004:

“Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia”

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **LOLY ANDREA RAMÍREZ NAVARRO** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.042.425.641, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 “Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones”.

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

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los catorce (14) días del mes de marzo año dos mil veintidós (2022).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria



**GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS**



RESOLUCIÓN No. 47 1975

"Por la cual se registra un título"

LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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

CONSIDERANDO:

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

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

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

RESUELVE:

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

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

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

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

Zandra Lucía Castañeda López

ZANDRA LUCIA CASTAÑEDA LOPEZ
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

W
W
Proyectó: Juana Molina - Profesional Universitario.

Revisó: María Luisa Pérez N. - Profesional Especializado. *MP*

RESPECTO POR EL MAGDALENA



**GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS**



LA SUSCRITA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

CERTIFICA:

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

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

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

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

Zandra Lucía Castañeda López
ZANDRA LUCÍA CASTAÑEDA LÓPEZ
Secretaría Seccional de Salud del Magdalena

Proyectado por: María Luisa Pérez N. – Profesional Especializado

María Luisa Pérez N.
RESPECTO POR EL MAGDALENA

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC



NOMBRES LOLY ANDREA

APELLIDOS RAMIREZ NAVARRO

C.C. 1.042.425.641 SOLEDAD

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RUN No. 42068

Fecha de Expedición 10/FEBRERO/2015

CrearID.com

REGISTRADORA NACIONAL ANEC

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

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



ReTHUS

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

Tipo de Identificación * Número de Identificación * Primer Nombre *

Cedula de Ciudadania 1042425641 LOLY

Primer Apellido * Confirme los números de la Imagen *

RAMIREZ

1575



Cambiar

7522

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2022-07-17--1:50:26 PM

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

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2105 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO identificado(a) con CC 1042425641 registra la siguiente información:

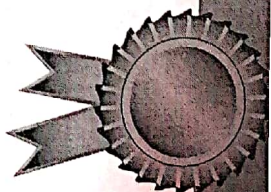
2022-07-17--1:50:26 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2015-02-10		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC

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 acreditan 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).

Medicall



OTORGA A:

LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO

Cédula de ciudadanía: 1042425641

EL PRESENTE CERTIFICADO POR:

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

CURSO DE ATENCIÓN DE VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL

72 Horas

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

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



Dr. Jaime Luis Camargo Páez
Representante Legal



LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: 900223619-0



Reg. N° EN02297410-2020

CERTIFICA QUE:

COLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO

C.C. N° 1042425641

ASISTIO AL CURSO TALLER DE:



SOPORTE VITAL CARDIOPULMONAR BASICO (BLS) PARA PROFESIONALES EN SALUD

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DE 2015, LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2009 EN EL CAPITULO V NUMERAL 8 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE VEINTICUATRO (24) HORAS ACADÉMICAS, BAJO LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS POR I.L.C.O.R., AMERICAN HEART ASSOCIATION Y EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL 2020-2025

Y SEGÚN LO EXIGIDO POR LA RESOLUCION 3100 DEL 25 NOVIEMBRE DEL 2019.

PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA ATLANTICO, EL DIA 10 DE DICIEMBRE 2020.

MD FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
COORD. CIENTIFICO ENTHA LTDA

M.Sc. Dr. ISNIEL MUÑOZ PELÁEZ
INTENSI. EMERGENCIOL ANESTESIOLOGO

MD JIMMY LARIOS ROSANIA
PRESIDENTE ACASS



**LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION
PARA EL TALENTO HUMANO LTDA**
NIT: 900223619-0



Reg. N° EN02297410-202



CERTIFICA QUE:
COLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO
C.C. N° 1042425641

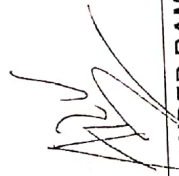
ASISTIO AL CURSO TALLER DE:

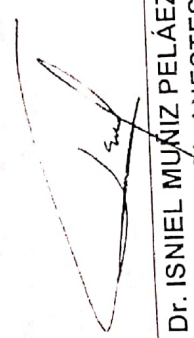
**SOPORTE VITAL CARDIOPULMONAR AVANZADO (ACLS) PARA
PROFESIONALES EN SALUD**

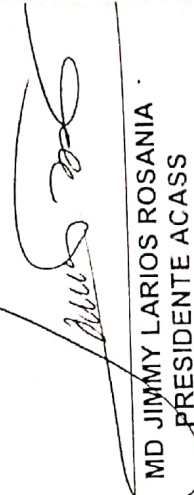
CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DE 2015, LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2009 EN EL CAPITULO V NUMERAL 8 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE VEINTICUATRO (24) HORAS ACADÉMICAS, BAJO LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS POR I.L.C.O.R., AMERICAN HEAR ASSOCIATION Y EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL 2020-2025

Y SEGÚN LO EXIGIDO POR LA RESOLUCION 3100 DEL 25 NOVIEMBRE DEL 2019.

PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA ATLANTICO, EL DIA 10 DE DICIEMBRE 2020.


MD FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
COORD. CIENTIFICO ENTHA LTDA


M.Sc. Dr. ISNIEL MUÑOZ PELÁEZ
INTENSI. EMERGENCIOL ANESTESIOLOGO


MD JIMMY LARIOS ROSANIA
PRESIDENTE ACASS



Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768
del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín,
Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO

Con Documento de Identidad No 1042425641

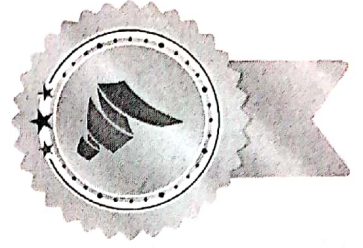
CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

UCIA-UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

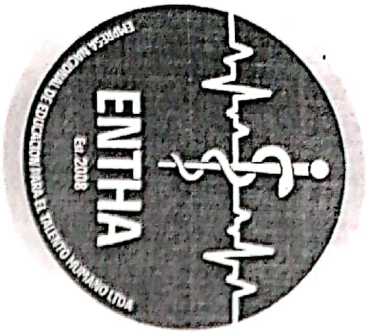
Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

MEDELLÍN – ENERO – 05 DE 2020
Registrado en el Libro de Actas No 0020200105
CÓDIGO DE SEGURIDAD 200105S

Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda
www.polisura.edu.co



La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo matriculas@polisura.edu.co indicando el N° de acta con el cual se registra



LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: 900223619-0



Reg. EN02297525 -2020

CERTIFICA QUE:

LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO

C.C. N° 1042425641

ASISTIÓ AL CURSO DE:



GESTION DEL DUELO

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DE 2015, LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2009 EN EL CAPITULO V NUMERAL 8 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE VEINTICUATRO (24) HORAS ACADÉMICAS.

PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA, EL DÍA 11 DE DICIEMBRE 2020.

MD FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
DIRECTOR CIENTIFICO ENTHA LTDA

MD JIMMY LARIOS ROSANIA
PRESIDENTE ACASS

CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE ENTHA LTDA

LABORATORIO CLÍNICO
MARTINEZ
CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso

Fecha de consulta: 16/07/2022

Información paciente

Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR

Empresa en misión:

Nombre completo: LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO

Identificación: CC: 1042425641

Responsable: El mismo paciente

Acompañante: Ninguno

Cargo: ENFERMERA

Fecha nacimiento: 06/07/1987

Edad: 34

Genero: Femenino

Estado civil: Soltero

Escolaridad: Pregrado (Universitaria)

Teléfono:

Dirección: Magdalena, Santa marta,

N° hijos: 1

ARL:

EPS: EPS Sanitas

AFF: Porvenir S.A.



Exámenes analizados

- Examen medico ocupacional.

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Recomendaciones generales

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

Recomendaciones específicas

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

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

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

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

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



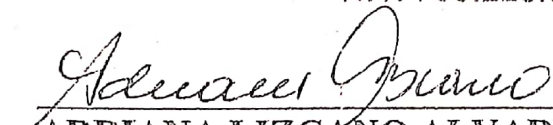
A QUIEN PUEDA INTERESAR

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

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

Cordialmente,



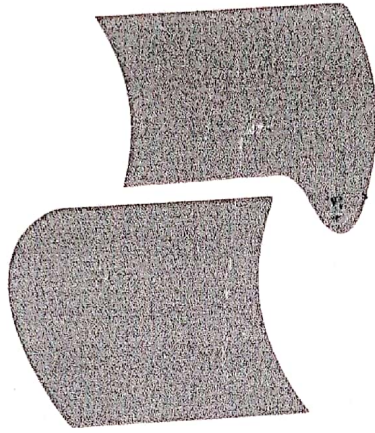

ADRIANA LIZCANO ALVAREZ
RECURSOS HUMANOS
Tel: 4217902 Ext: 505

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

Profamilia
Pensando en ti

Línea gratuita nacional 01 8000 110 900
www.profamilia.org.co

Profamilia
Pensando en ti



Certificado de vacunación

Nombres: Joly
Apellidos: Ramirez
Documento de identidad: CC T.I. 10425641
Fecha de nacimiento: 6-9-1987 día/mes/año

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	20-02-21	Pfizer	EW1194	H. UJMB	Yereyko Pina	26-666-44
	2	13-03-21	Pfizer	EW1195	H. UJMB	Dr. S. S. S.	57170494
		05-01-22	Moderna	0157117	Utafalis	Jindy Ortiz	106268557

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres:

Loliy andrea

Apellidos:

Ramirez Navarero

Documento
de identidad:

C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ FEP ☐ Otro ☐

No. 1042.425641

Fecha de
nacimiento:

Día 06 Mes 09 Año 1987

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.

MINSALUD

GOBIERNO DE COLOMBIA

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Apellidos:

Documento de identidad:

C.C.X T.I.

Pasaporte

No. 1092425641

Fecha de Nacimiento:

Día. 06

Mes. 09

Año. 1987

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	20-12-18	Serum 0138 MorzB	Lisbeth
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	10/sept/18	05021809 Green Cross	Leonora

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	12/12/16	L50-60	He
Contra Influenza				

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

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	22-09-11	04385AA	1 año	eliana
Otras				

MiVacuna

Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres:

Lolij andrea

Apellidos:

Ramirez Navamo

Documento
de identidad:

C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cédula

Nº 1042.425641

Fecha de
nacimiento:

Día 06 Mes 09 Año 1987

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	20-02-21	Pfizer	EW1194	H.UJMB	Yerayka Pantoja	26-666-492
	2	13-03-21	Pfizer	EW1195	H.UJMB	Yerayka Pantoja	57170494
		05-01-22	Moderna	015721A	Utafulis	Yerayka Pantoja	106283327



El servicio público
es de todos

Función
Pública

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

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos

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

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

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

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 último año gravable fueron:

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

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

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

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

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:

--



Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2022

CERTIFICA

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

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

La presente se expide a nombre de Ramirez Navarro,Loly Andrea, a los 12 días del mes de julio del año 2022.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

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

La presente certificación se expide el 12 de Julio del 2022.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que LOLY ANDREA RAMIREZ NAVARRO, identificada con Cédula Ciudadanía No. 1042425641 contratista de la empresa HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, con Nit No. 891780185. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con contrato registrado con fecha desde 01/04/2022 y fecha hasta 31/07/2022, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 3.

Recuerde que una vez cumplida la fecha indicada en el presente certificado, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201017182407.

Dada en Bogotá, a los 12 días del mes de julio de 2022

Cordialmente

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



Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170.
Bogotá: 330 7000 / Pádel Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol PositivaColombia

Impreso por Internet el 12/07/2022 08:12:50 p. m.
ISCDC: 12/07/2022 08:12:50 p. m.



El emprendimiento
es de todos

Minhacienda

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

Ciudad <i>Santa Marta</i>	Oficina	Fecha Vinculación
------------------------------	---------	-------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos <i>1014 Andrea Ramirez Navarro</i>										Sexo ☒ M ☐ F	
Tipo de Documento C.C. ☒ CE ☐ TI ☐ RC ☐ PP ☐				Número <i>7042415641</i>		Expedida en <i>solidad</i>		Fecha de Expedición <i>09-11-2005</i>			
Estado Civil (Seleccione) ☒ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo				Nivel educativo ☐ Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universidad		No. Personas a cargo <i>2</i>		Tipo de Vivienda ☐ Propia ☐ Arrendada ☒ Familia			
Fecha nacimiento <i>06 09 1987</i>		Lugar de Nacimiento <i>Santa Marta</i>		Dirección Domicilio <i>Manzanillo casa 13 Ciudad de 29 julio</i>		Municipio / Ciudad <i>Santa Marta</i>		Departamento <i>Magdalena</i>			
Correo Electrónico <i>lorana06@hotmail.com</i>						No. Celular <i>3173877523</i>		Teléfono			
Ocupación (Seleccione) ☐ Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado								Actividad Principal CIU			
Detalle Actividad Económica						Descripción del CIU					

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio ☐ Publica ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual?	Cargo
Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?		☐ SI ☐ NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales		Total Egresos mensuales	
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declarante? ☐ SI ☐ NO
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?			
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?			
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:			

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de Información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignen 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 3) 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 no utilizará o revocará mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales.



5. FIRMA Y HUELLA

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

 Nombre y Firma Oficial de cumplimiento