

ANEXO UNICO
COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Que libre, y voluntariamente, de manera unilateral, a nombre propio, asumo el presente COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERA: Que el MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL-EJERCITO NACIONAL/DIRECCION DE SANIDAD/ DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA adelanto la contratación directa cuyo objeto es prestar mis servicios profesionales como Enfermera Profesional, para apoyar al OMBUD, en las actividades de enfermera profesional

SEGUNDA: Que es propósito Apoyar la Gestión de la Institución en lo que hace referencia a todas las obligaciones específicas definidas en el contrato de prestación de servicios profesionales N° _____

TERCERA: Que siendo de mi interés efectuar la contratación directa enunciada en el considerando primero precedente, me encuentro dispuesto a asumir con la debida confidencialidad de la ejecución propia de los procesos y proyectos así como de la ejecución de las actividades; en tal sentido suscribo el presente documento de confidencialidad, por el cual se garantiza la absoluta reserva, en la medida que la información técnica, económica y jurídica, puesta a disposición contiene datos referidos a bienes y/o servicios destinados a la defensa y seguridad nacional.

CUARTA: Que por lo tanto asumo libre y espontáneamente este compromiso, el cual se regirá por las siguientes cláusulas:

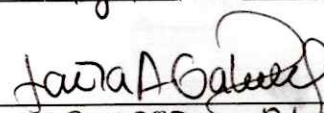
CLAUSULA PRIMERA: COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATISTA: Mediante la suscripción del presente documento, asumo los siguientes compromisos:

- 1.1. EL CONTRATISTA no duplicara total o parcialmente la documentación recibida, a efectos de trasladarla a terceros que puedan tener interés en la información de los procesos y proyectos así como de la ejecución de las actividades de los mismos, en la información técnica, económica y jurídica.
- 1.2. EL CONTRATISTA se compromete a no permitir que en su nombre, alguien, bien sea empleado del mismo, o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor incurra en lo señalado anteriormente.
- 1.3. EL CONTRATISTA, se compromete formalmente a cumplir en todo momento las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso y la relación contractual y se imponen las siguientes obligaciones:
 - a) No revelar información propia del objeto de la presente contratación
 - b) No permitir que terceros obtengan información sobre los procesos y/o proyectos, las finalidades y sus componentes técnicos, económicos y jurídicos
 - c) No obrar a través de terceros o sugerir que terceros hagan lo propio en su nombre
 - d) No publicar información alguna, por medios de comunicación electrónica o correos internos que permita a terceros acceder a la información
- 1.4. EL CONTRATISTA se compromete formalmente a no efectuar acuerdos de naturaleza alguna con terceros que manifiesten interés en el asunto.

CLAUSULA SEGUNDA: CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO. EL CONTRATISTA asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias que el Ministerio considere procedente imponer, entre ellas, la presentación pública de su conducta transgresora, igualmente si el Ministerio demuestra que con su actuación se vulneran los derechos, podrá ejercer las acciones civiles, penales y administrativas que le permitan reestablecer su situación, previa indemnización del daño causado.

CLUSULA TERCERA: Declara Igualmente EL CONTRATISTA que toda la información que se produzca en la ejecución del contrato, será confidencial y/o reservada.

En constancia de lo anterior y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de Boga, a los 11 días de Enero 2027.


CC. N° 109870383 de Boga



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Galvis		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Amador		NOMBRES Laura Andrea	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1098700383			SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO D.M.			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 17 MES 02 AÑO 1991 PAÍS COLOMBIA DEPTO SANTANDER MUNICIPIO BUCARAMANGA			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 2 A 65 B 23 piso 2 Los Canelos PAÍS COLOMBIA DEPTO SANTANDER MUNICIPIO BUCARAMANGA TELÉFONO 6416244 EMAIL laga17@gmail.com		

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA														
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)														
EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2007

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)													
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTURADO 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	5	X		ENFERMERIA	01	2015	44511						

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS					
MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

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

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO SANTANDER	MUNICIPIO BUCARAMANGA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO								
	Día	15	Mes	01	Año	2020	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA						DIRECCIÓN Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO SANTANDER	MUNICIPIO BUCARAMANGA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS 76915610	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO								
	Día	15	Mes	01	Año	2021	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA						DIRECCIÓN AVENIDA QUEBRADA SECA CRA 33 BATALLÓN					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD ACTIVOS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO SANTANDER	MUNICIPIO BUCARAMANGA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO								
	Día	04	Mes	01	Año	2021	Día	01	Mes	10	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL RASTREADORA PROFESIONAL	DEPENDENCIA						DIRECCIÓN Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO SANTANDER	MUNICIPIO BUCARAMANGA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO								
	Día	15	Mes	01	Año	2019	Día	31	Mes	12	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA						DIRECCIÓN Sin dirección					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER		MUNICIPIO BUCARAMANGA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	15	Mes	01	Año	2018	Día	31	Mes	12	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA						DIRECCIÓN Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER		MUNICIPIO BUCARAMANGA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	21	Mes	07	Año	2017	Día	31	Mes	12	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA						DIRECCIÓN Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER		MUNICIPIO BUCARAMANGA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6350070		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	20	Mes	01	Año	2017	Día	20	Mes	07	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA						DIRECCIÓN Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER		MUNICIPIO BUCARAMANGA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	15	Mes	01	Año	2016	Día	31	Mes	12	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA						DIRECCIÓN Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER		MUNICIPIO BUCARAMANGA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	05	Año	2015	Día	31	Mes	12	Año	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA						DIRECCIÓN Sin dirección					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	7	6
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	8	3

6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Laura A. Galvis

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

BOGOTÁ 13/01/22

Ciudad y fecha

Carlos J. García
Subdirector Ejecutivo
C.C. 1.000.207.948

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



TODOS POR UN
NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO UNICO
ACCIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

Yo, Laura Andrea Galvis Amador

IDENTIFICADO
CON:

c.c. ☒ C.E.

T.I.

N° 1098700383

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: BOGOTÁ

País
COLOMBIA

Departamento

Santander

Municipio

Bucaramanga

Dirección

Cra 2A #65B-23

Teléfonos

6416244-3004381396

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
<u>Alba Lucia Amador Sierra</u>	<u>63297953</u>	<u>Madre</u>
<u>Javier Galvis Siza</u>	<u>91201429</u>	<u>Padre</u>

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR PARA PARA PARA
PARA MODIFICAR LOS DATOS POSESION RETIRARME ACTUALIZACION
PREVIAMENTE CONSIGNADOS, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA,

EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	<u>2'312.506</u>
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	<u>0</u>
GASTOS DE REPRESENTACION	<u>0</u>
ARRIENDOS	<u>0</u>
HONORARIOS	<u>0</u>
OTROS INGRESOS Y RENTAS	<u>0</u>
TOTAL	<u>2'312.506</u>

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE CUENTA	LA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
<u>Bancolombia</u>	<u>Ahorros</u>	<u>79831303820</u>	<u>B/ga</u>	<u>B/ga</u>	<u>500.000</u>

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
<u>Bancolombia</u>	<u>Crédito hipotecario</u>	<u>98.000.000</u>

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: SI NO X tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

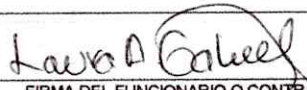
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
	C.C. C.E. T.I.	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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 DE PARTICIPACION

3. FIRMA

 FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	<u>Bucaramanga, Enero 2022.</u> CIUDAD Y FECHA
--	---

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770

Certificado Bancario

Martes, 07 de diciembre de 2021

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LAURA ANDREA GALVIS AMADOR identificado(a) con CC 1098700383, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	79831303820	2007/02/14	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: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 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.

Juan Camilo Moreno
Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.098.700.383**

GALVIS AMADOR

APELLIDOS

LAURA ANDREA

NOMBRES

Laura Andrea Galvis

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-FEB-1991**

BUCARAMANGA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

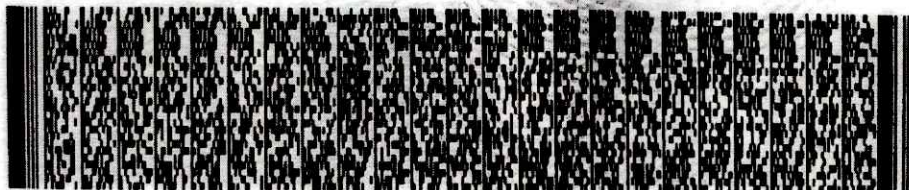
1.60
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

18-FEB-2009 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-2700100-00159167-F-1098700383-20090612

0012441531A 1

26993147

OFICINA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



RESOLUCION	Código: AP-GJ-RE-03	Gestión Jurídica	Versión: 3	Pág. 1 de 1
------------	---------------------	------------------	------------	-------------

RESOLUCION No. 010117

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus atribuciones legales y en especial las que confiere el Decreto 001875 de agosto de 1994, y el Artículo primero de la Resolución No 1650 del 29 de junio de 2000 y

CONSIDERANDO:

Que LAURA ANDREA GALVIS AMADOR, con cedula de ciudadanía No. 1.098.700.383 expedida en BUCARAMANGA ha solicitado autorización de ejercicio profesional como ENFERMERA, título que le otorgo LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER "UIS", el 24 DE MARZO DE 2015 Acta No. 63209, registrado al folio 84 libro 13-P

Que conforme a los establecido en el "Artículo 4.Exoneración por insuficiencia de plazas. El profesional que el proceso de asignación de plaza no haya sido seleccionado para ocupar una plaza en el sorteo al cual se inscribió, será exonerado por la respectiva Dirección Departamental de Salud Resolución 566 de 16 de marzo de 2012 por la cual se modifica parcialmente la Resolución 274 de 2011.

Que según sorteo realizado el día 21 de Abril de 2015 en el Ministerio de Salud y Protección Social y mediante Resolución No. 008023 de 28 de Abril de 2015, fueron exonerados los Profesionales en Enfermería, Odontología y Bacteriología que se relacionan en esta Resolución.

Que LAURA ANDREA GALVIS AMADOR no salió favorecido (a) en el sorteo para prestar Servicio Social Obligatorio, que de acuerdo con lo dispuesto anteriormente, la Secretaría de Salud Departamental debe autorizar el ejercicio de la profesión.

RESUELVE:

ARTICULO UNICO: Autorizar a LAURA ANDREA GALVIS AMADOR, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1.098.700.383 de BUCARAMANGA, para ejercer la Profesión de ENFERMERA, en todo el Territorio Nacional.

Dada en Bucaramanga a los

Alix Porras Chacon
ALIX PORRAS CHACON
Secretaria de Salud Departamental

22 MAY 2015

Proyecto: LINA PAOLA PORRAS RIVERA
Revisó: Dra. YELITZA LILIBETH HERNANDEZ GONZALEZ
Vo Bo AYMERITZO ERALDO ALVARADO GUTIERREZ

Ve 32
F=41
C=03
05/06/15



CERTIFICACION	Código: AP-GDRO-DS	Tabla de Retención Documental	Versión: 4	Pág. 1 de 1
---------------	-----------------------	-------------------------------	------------	-------------

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
COORDINADORA DEL GRUPO ACREDITACION EN
SALUD Y S.O.G.C.

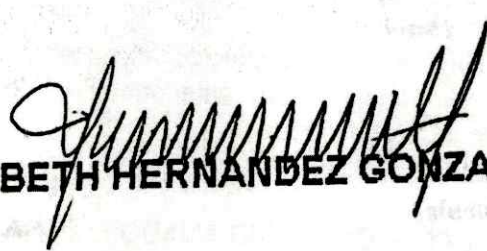
CERTIFICA:

Que, LAURA ANDREA GALVIS AMADOR identificado (a) con cédula de ciudadanía No.1.098.700.383 expedida en BUCARAMANGA se encuentra registrado según resolución No. 010117 del 22 DE MAYO DE 2015, emanada SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER, la cual autoriza el ejercicio profesional en todo el departamento de Santander.

Inscrito (a) ante esta Secretaría bajo el No 03 folio 41, libro 32, de ENFERMERA fecha de inscripción 05 DE JUNIO DE 2015

Se adhieren y anulan estampillas correspondientes a este concepto.

Expedida en Bucaramanga 16 DE JUNIO DE 2015.


YELITZA LILIBETH HERNANDEZ GONZALEZ

Proyectó: LINA PAOLA PORRAS RIVERA



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



NOMBRES LAURA ANDREA

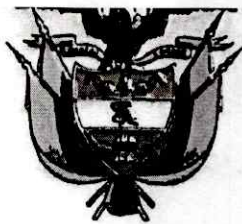
APELLIDOS GALVIS AMADOR

C.C. 1.098.700.383 BUCARAMANGA

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

RUN No. 44511

Fecha de Expedición. 28/AGOSTO/2016



La República de Colombia
y en su nombre el

Centro Educativo Cajasan

Bucaramanga - Santander

Reconocido oficialmente por la Secretaría de Educación Departamental según Resolución
No. 17907 del 11 de diciembre de 2000 y Resolución aclaratoria
No. 01072 del 12 de febrero de 2001,

Confiere a

Laura Andrea Galvis Amador

Identificado(a) con T.I. No. 910217 - 57719 Expedida en Bucaramanga.....

El Título de

Bachiller Técnico
Con Especialidad Comercio

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral
correspondientes al nivel de Educación Media Técnica, de acuerdo al
Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. - del Establecimiento.

Rector,

Secretaria,



cajasan

CENTRO EDUCATIVO
cajasan
SECTOR:
Néstor Ricardo Sierra Ninoón
C.C. 13.535.742 de Lebrija (S/der)

cajasan
CENTRO EDUCATIVO
Claudia María Sierra Sandoval
C.C. 63.316.498 de Bucaramanga

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 002.... Folio No. 043... Diploma No. 26....

Dado en Bucaramanga, a 07... de Diciembre.... del año 2007

A. Arismar



CENTRO EDUCATIVO CAJASAN

BUCARAMANGA - SANTANDER

Acta Individual de Grado

DANE
368001000362
INSCRIPCION
201
JORNADA
UNICA

En la ciudad de BUCARAMANGA a los 7 días del mes de DICIEMBRE del año 2007

se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector(a) y Secretario(a) en la
Rectoría del (la) CENTRO EDUCATIVO CAJASAN

Institución APROBADA HASTA UNDECIMO GRADO en el nivel de Educación Media TECNICA
y AUTORIZADA POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad COMERCIO, SEGUN RESOLUCION No. 17907 DEL 11 DE DICIEMBRE
DE 2000 Y RESOLUCION ACLARATORIA No. 01072 DE FEBRERO 12 DE 2001

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios
correspondientes al nivel de Educación Media TECNICA, llenando los requisitos del respectivo Proyecto
Educativo Institucional, se procedió a otorgar el TÍTULO DE:

BACHILLER TECNICO CON ESPECIALIDAD COMERCIO

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

LAURA ANDREA GALVIS AMADOR

T.I. 910217-57719 DE BUCARAMANGA

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 056 de fecha DICIEMBRE 7 DE 2007 que consta de 66
estudiantes y que comienza con el nombre de ALARCON VANEGAS NATHALIA MARIA

y se cierra con el nombre de VILLAMIZAR BARAJAS ELKIN MAURICIO

Firmada y sellada por NESTOR RICARDO SERRANO RINCON (Rector(a))

y CLAUDIA MARIA SIERRA SANDOVAL (Secretario(a)).

Dada en BUCARAMANGA a los 7 días del mes de DICIEMBRE del año 2007

Firmado y Sellado por

CENTRO EDUCATIVO
cajasan
RECTOR

Rector(a),
C.C. No. 13.535.742 DE LEBRIJA

cajasan
CENTRO EDUCATIVO
SECRETARIA ACADEMICA

Secretario(a),
C.C. No. 63.316.496 DE BUCARAMANGA

Diploma No. 26

LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

CONFIERE EL TÍTULO DE **ENFERMERA**

A

LAURA ANDREA GALVIS AMADOR

CEDULA DE CIUDADANIA N° 1.098.700.383 expedida en BUCARAMANGA

*Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos.
En testimonio de ello le otorga el presente*

DIPLOMA

En la ciudad de Bucaramanga, EL 24 DE MARZO DE 2015

Registrado al folio 84 Libro 13-P Diplomas de Grado

Alvaro P. ...
Rector

Chirac ...
Secretario General

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER
Res. No. 010113
Fecha: 27 Mayo 2015
Inscripción No. 03 Folio No. 41
Libro 32
División, Acreditación, Vigilancia, y Control

Personería Jurídica UIS - Resolución No. 25 del 23 de Febrero de 1949 del Ministerio de Justicia

69921

LA SECRETARIA GENERAL DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER,

CERTIFICA : que en el libro de Actas de grado de la Universidad, figura la siguiente
ACTA DE GRADO No. 63209. En la ciudad de Bucaramanga, Departamento de Santander
República de Colombia, a los **VEINTICUATRO** días del mes de **MARZO** de **DOS MIL QUINCE**
se reunió el Consejo Académico de la **UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER.** Presidió
la sesión El Dr. **ALVARO RAMIREZ GARCIA** Rector de la UIS y obró como Secretaria General
La Dra. **ADRIANA CASTILLO PICO.**

Considerando el Consejo que,

LAURA ANDREA GALVIS AMADOR

con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **1.098.700.383** expedida en **BUCARAMANGA,** ha
cumplido con las disposiciones legales y reglamentarias, y ha obtenido en su carrera como
promedio académico la calificación de **TRES , OCHO , OCHO ,** sobre cinco, obrando en nombre
de la República de Colombia, Ministerio de Educación Nacional, le otorga el título de
ENFERMERA con registro al folio número **84** del libro de diplomas **13-P.**

Bajo la gravedad de juramento, el graduando promete cumplir con los deberes propios del
ejercicio de su profesión.

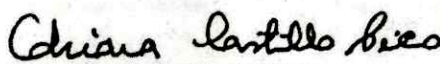
Para la constancia se extiende y firma la presente acta.

El Rector,(fdo.) **ALVARO RAMIREZ GARCIA**

El Decano,(fdo.) **FABIO BOLIVAR GRIMALDOS**

La Secretaria General,(fdo.) **ADRIANA CASTILLO PICO**

En copia de su original tomado a los VEINTICUATRO días del mes de Marzo de DOS MIL QUINCE.


ADRIANA CASTILLO PICO
Secretaria General

Bucaramanga, Santander Enero 13 de 2022

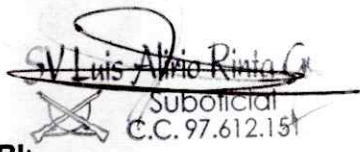
Señor Sargento Viceprimero
LUIS ALIRIO RINTA GAMEZ
Suboficial Seguridad Militar DMBUG
Bucaramanga

ASUNTO: Entrega ESP

Respetuosamente, me permito hacer entrega de los formatos del estudio de seguridad personal así como sus anexos, como requisito para adelantar los trámites para la carpeta de contratación en la vigencia 2022 como ENFERMERA PROFESIONAL del DMBUG.

Agradezco la atención prestada.


LAURA ANDREA GALVIS AMADOR
CC 1098700383
Enfermera Profesional


RECIBI: _____

Anexo: Formato información actualización personal
Acta de compromiso reserva
Acta de compromiso
Acta de integridad
Copia Cedula ciudadanía
Copia diplomas de estudios
Declaración de renta último año gravable
Copia antecedentes: contraloría, procuraduría, policía nacional, medidas correctivas



**POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA**



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:21:26 PM horas del 12/01/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1098700383**

Apellidos y Nombres: **GALVIS AMADOR LAURA 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: Calle 18A # 69F-45
 Zona Industrial, barrio
 Montevideo, Bogotá D.C.
 Atención administrativa: lunes a
 viernes 7:00 am a 1:00 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:
 lineadirecta@policia.gov.co



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación



Gobierno en
Línea

Todos los derechos reservados.

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

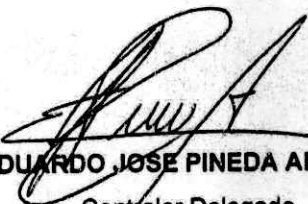
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 12 de enero de 2022, a las 20:24:59, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1098700383
Código de Verificación	1098700383220112202459

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

Digitó y Revisó: WEB

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ, D.C.

Página 1 de



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 187055118



WEB

20:23:43

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 12 de enero del 2022

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LAURA ANDREA GALVIS AMADOR identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1098700383:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento. 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 174 Ley 734 de 2002).

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

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

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.

División Centro de Atención al Público (CAP)
Línea gratuita 018000910315; dcap@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13105; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co



Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

👤 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 12/01/2022 08:26:57 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1098700383** y Nombre: **LAURA ANDREA GALVIS AMADOR.**

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. **28949558** . 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

200
CARLOS A. GARCIA
SUBOFICIAL EJECUTIVO
C. 1.049.207.948
13/01/22 18:44

DIAN®

Directorio de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario

Hoja Principal

MUISCRA

Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto

01

Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14335106174

(415)7707212489984(8020) 000001433510617 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1098700383

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Bucaramanga

14. Buzón electrónico

4

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de Ciudadanía

13

26. Número de identificación:

1098700383

27. Fecha expedición:

20090218

28. País:

COLOMBIA

169

29. Departamento:

Santander

68

30. Ciudad/Municipio:

Bucaramanga

001

31. Primer apellido

GALVIS

32. Segundo apellido

AMADOR

33. Primer nombre

LAURA

34. Otros nombres

ANDREA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

169

39. Departamento:

Santander

68

40. Ciudad/Municipio:

Bucaramanga

001

41. Dirección principal

CR 2 A 65 B 23 BRR LOS CANELOS

42. Correo electrónico:

laga17@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

3167974017

45. Teléfono 2:

6416244

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8692

47. Fecha inicio actividad:

20150324

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código:

12

Ocupación

51. Código

5132

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

20

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código:

12345678910

11121314151617181920

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

123

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

X

NO

60. No. de Folios:

1

61. Fecha:

20150430

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:

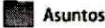
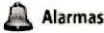
984. Nombre

VELANDIA MENESES PABLO ANTONIO

985. Cargo:

Gestor I

Fecha generación documento PDF: 02-12-2019 01:45:34AM



Mis Actividades
TABLERO DE CONTROL

DIAN-MUISCA

- Administración de Cartera
- Autogestión
- Bandeja de Salida
- Comentarios y Quejas
- Comunicados
- Consulta Asuntos
- Consulta Reportes Conciliación F
- Consultar Firmas de Documento
- Consultar documento Diligenciad
- Diligenciar / Presentar
- Factura Electrónica
- Garantías
- Obligación Financiera Contribuye
- Presentación de Información por
- Procedimiento de Devolución/Cc
- Recibos de pago
- Recursos en materia tributaria
- ▼ Registro Único Tributario
 - Actualizar RUT
 - Solicitud de actualización de R
 - Registros, Autorizaciones y Certif
 - Reserva de Números de Docume
 - Resoluciones Anticipadas y de Cl.
 - Régimen Tributario Especial- RTE
 - Salida de mercancías
 - Solicitud de Corrección de Incon:
 - Solicitudes de Certificados de Re:
 - Encuesta Servicios Informático E

Solicitud de actualización RUT con verificación

NIT	1098700383		
Concepto	(seleccione) ▼		
Descripción			
Primer Apellido	GALVIS	Segundo Apellido	AMADOR
Primer Nombre	LAURA	Otros Nombres	ANDREA
Nombre/Razón Social			
Dirección Seccional	4 Bucaramanga		
Motivo			

Solicitar

Regresar

Consulte su estado RUT.
REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO.

Por favor suministre los siguientes datos

NIT	1098700383	DV	7
Primer Apellido	GALVIS	Segundo Apellido	AMADOR
Primer Nombre	LAURA	Otros Nombres	ANDREA
Fecha Actual	08-10-2021 01:08:55		
Estado	REGISTRO ACTIVO		

Registro Activo: Corresponde a los NIT que se encuentran vigentes en la base de datos de la DIAN.

Buscar

Limpiar



[Aumentar el contraste](#)

UTC -5 23:41:21
LAURA ANDREA GLAV...

Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Buscar...

Id de página:: 14001307 Ayuda ?

Última Actualizaci

Escritorio

OPORTUNIDADES
RECIENTES

No se han encontrado

0

0

0

Suscripciones

En edición

Adjudicaciones pendientes

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Sugerencias SECOP



Haga clic
para acceder
a la ayuda

SECOP II habilita la funcionalidad de validación de Factura Electrónica a partir de Diciembre 2020, si usted proveedor Persona Natural o Jurídica está obligado a facturar electrónicamente, por favor verifique que su tipo y numero de identificación (NIT-Cédula) registrado en la plataforma SECOP II estén correctos.

Los usuarios donde el tipo de identificación sea NIT registrarlo sin incluir el dígito de verificación. Para esto ingrese a la opción de configuración de Entidad Estatal - Proveedor y actualice la información.

Convocamos a todos los proveedores que estén en capacidad de suministrar los bienes y servicios para atender la emergencia causada por el COVID-19. Inscríbete en la TVEC y encuentra oportunidades negociales con las Entidades Estatales Conoce el formulario para ser parte del grupo de proveedores.

Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

Mensaje

Sin mensajes...
[Más información .](#)

Oportun

Sin oportunidades
[Más información .](#)



EPS



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

CERTIFICA

Que LAURA ANDREA GALVIS AMADOR identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1098700383 está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
NOMBRES Y APELLIDOS
TIPO DE AFILIADO
PARENTESCO
ESTADO DE AFILIACIÓN
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN
FECHA DE INGRESO A EPS SURA
FECHA RETIRO EPS SURA
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO

CC 1098700383
LAURA ANDREA GALVIS AMADOR
TITULAR
TITULAR
TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
COBERTURA INTEGRAL
01/12/2021
ACTIVO(A)
0
0

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: 07/12/2021

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

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de Atención Barranquilla 319 7901, Bogotá 489 7941, Cali 380 8941, Medellín 448 6115
Línea Nacional 018000 519 519

www.epssura.com



**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:

LAURA ANDREA GALVIS AMADOR, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.098.700.383**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Diciembre del 2021.

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
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora LAURA ANDREA GALVIS AMADOR, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1098700383, contratista de la empresa DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR, con NIT No. 830039670, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 16/01/2021 y fecha fin de contrato 31/12/2021 con riesgo 3.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, 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): 20210102293201.

Esta certificación se expide a los 07 días del mes de Diciembre de 2021.

Cordialmente

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



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

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol PositivaColombia



El emprendimiento
es de todos

Minhacienda

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BÁSICA

Fecha de Corte: 2021-10-01

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1098700383	LAURA	ANDREA	GALVIS	AMADOR	F

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2021-10-01

Administradora	Régimen	Fecha Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
NUEVA EPS S.A.	Contributivo	09/10/2015	Activo	COTIZANTE	BUCARAMANGA

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2021-10-01

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2013-01-22	Inactivo

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2021-10-01

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Económica	Municipio Labora
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2021-01-04	Activa	EMPRESAS DEDICADAS A LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON BASES DE DATOS INCLUYE LA PREPARACIÓN DE BASES DE DATOS, EL ALMACENAMIENTO DE DATOS, LA FACILITACIÓN DE LA INFORMACIÓN ALMACENADA EN LA BASE DE DATOS	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

EL CONTENIDO DE ESTE INFORME ES RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DE LAS ADMINISTRADORAS QUE REPORTAN LA INFORMACIÓN AL MINISTERIO CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER REPORTADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2021-01-14	Activa	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2015-09-23	Activa	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL	Santander- BUCARAMANGA

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

No se han reportado afiliaciones para esta persona

Fecha de Corte: 2021-10-01

AFILIACIÓN A CESANTIAS

No se han reportado afiliaciones para esta persona

Fecha de Corte: 2021-08-31

PENSIONADOS

Fecha de Corte: 2021-10-01

EL CONTENIDO DE ESTE INFORME ES RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DE LAS ADMINISTRADORAS QUE REPORTAN LA INFORMACIÓN AL MINISTERIO CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER REPORTADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA GRUPO DE TALENTO HUMANO	Formato Acta de compromiso acatamiento normas de bioseguridad DIGSA
		Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-91 V1
		Proceso: Administración del Talento Humano – Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

Fecha: BUCARAMANGA Acta No. 0021.

ESM: DMBUG
Sección: DISPENSARIO MÉDICO DE BUCARAMANGA

Tipo Vinculación: PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Cargo: ENFERMERA PROFESIONAL

Yo, LAURA ANDREA GALVIS AMADOR identificado(a) con C.C. 1098700383 de BUCARAMANGA me Comprometo a dar cumplimiento a las normas de Bioseguridad en el desarrollo de las actividades propias de mi trabajo, utilizando los elementos de protección personal (EPP), e informar y/o reportar todo accidente de trabajo por riesgo biológico que se pueda presentar, dentro del tiempo establecido por la normatividad legal vigente.

NORMAS DE BIOSEGURIDAD:

- Todas las personas que laboran en el área deben conocer los riesgos a los cuales se encuentran expuestos y reportar o informar oportunamente sobre cualquier condición insegura.
- Todos los trabajadores que participen en un procedimiento invasor deben evitar el contacto de su piel o mucosas con la sangre o líquidos corporales del paciente mediante Elementos de Protección Personal como: guantes, mascarillas, protectores oculares o faciales, batas entre otros.
- Durante todo procedimiento se debe observar estricto cuidado en la técnica del mismo y evitar la entrega a ciegas de instrumentos corto punzante, tales como hojas de bisturí y agujas.
- Se deben conservar siempre las precauciones universales, las cuales se presentan en el Antes y después de cada procedimiento con pacientes se deberá realizar el lavado de manos.
- No deben consumirse bebidas o comidas con los guantes puestos, ni en áreas de trabajo.
- Al observar un acto inseguro por parte de un compañero debe realizársele la observación directa con el fin que estos actos sean corregidos.
- **Nunca se debe reenfundar una aguja** para desecharla, se deben utilizar los recipientes para corto punzantes o guardianes; en caso de requerirse colocarle la funda al elemento corto punzantes se deberá utilizar la técnica de **UNA SOLA MANO**.
- No guardar alimentos en las neveras ni en los equipos de refrigeración de sustancias contaminantes o químicos.
- Abstenerse de tocar con las manos enguantadas alguna parte de su cuerpo y de manipular objetos diferentes a los requeridos durante el procedimiento
- Utilizar la mascarilla y protectores oculares durante procedimientos que puedan generar salpicaduras o gotitas, aerosoles de sangre u otros líquidos corporales.
- Usar delantal en aquellos procedimientos en que se esperen salpicaduras, aerosoles o derrames importantes de sangre u otros líquidos orgánicos.
- No deambular con los elementos de protección personal fuera de su área de trabajo.
- Mantener lugar seguro y de fácil acceso.
- Si presenta alguna herida, por pequeña que sea debe estar cubierta.
- Mantener actualizado su esquema de vacunación especialmente contra Hepatitis B.
- Utilizar las técnicas correctas en la realización de todo procedimiento.
- Manejar con estricta precaución los elementos corto punzante y desecharlos en los guardianes ubicados en cada servicio.
- No cambie elementos corto punzantes de un recipiente a otro.
- Lavado las manos antes y después de cada procedimiento e igualmente si se tiene de contacto con material patógeno.
- Las gafas de seguridad, respiradores y caretas deben permanecer guardadas en su empaque original.
- Los Elementos de protección personal son de uso personal e intransferible.
- La ropa de trabajo (bata, uniforme, etc.) deben ser lavados por separado.

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:

- Para el correcto diligenciamiento de éste formato tenga en cuenta las instrucciones que se encuentran de color gris, replácelas con color negro de acuerdo a la instrucción.
- Las instrucciones que se encuentran de color negro no las cambie ni elimine.
- Diligencie el documento de forma digital o manual con color negro y con letra legible, sin borrones ni enmendaduras.
- Cuando diligencie el formato de forma digital no cambie el tipo de letra (Arial, tamaño 10) ni los espacios entre cada numeral.
- No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.



Todos los pacientes y sus fluidos corporales independientemente del diagnóstico de ingreso o motivo por el cuál haya entrado al dispensario deberán ser considerados como potencialmente infectantes y se debe tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra una transmisión.

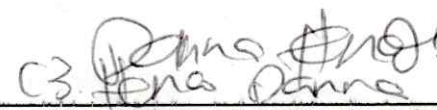
Es obligación del trabajador informar a su superior inmediato la ocurrencia de un accidente de trabajo en el momento que este suceda. Este debe ser reportado a la ARL y la DISAN dentro de los dos días hábiles siguientes (48 horas) de ocurrido el accidente de trabajo.

Me comprometo a dar cumplimiento por escrito a lo que aquí contenido siendo conocedor de los riesgos biológicos a las cuales estoy expuesto.

En constancia firman:


Firma Trabajador y/o Funcionario

C.c. De 1098700383 de Bucaramanga.


Firma Líder de SST del centro de trabajo de la DGSM/DISAN/ESM

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:

- Para el correcto diligenciamiento de éste formato tenga en cuenta las instrucciones que se encuentran de color gris, rempácelas con color negro de acuerdo a la instrucción.
- Las instrucciones que se encuentran de color negro no las cambie ni elimine.
- Diligencie el documento de forma digital o manual con color negro y con letra legible, sin borrones ni enmendaduras.
- Cuando diligencie el formato de forma digital no cambie el tipo de letra (Arial, tamaño 10) ni los espacios entre cada numeral.
- No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
- Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.

VISIONOMETRIA

FECHA DE EXAMEN			PAGINA
Día	Mes	Año	1
16	12	2019	

Tipo de Exámen:

DATOS PERSONALES		Doc: 1098700383	Fec. Ncto 17/02/1991	EDAD 28 AÑOS
NOMBRE GALVIS AMADOR LAURA ANDREA				
SEXO F	PROFESION	CARGO		
EMPRESA BATALLON MILITAR				

ANTECEDENTES

ocupacionales SI ☐ NO ☒

Personales	SI NO	SI NO	Oculares	SI NO	SI NO
hipertensión arterial	☐ ☒	Cefalea	☐ ☒	Retinopatía	☐ ☒
diabetes	☐ ☒	Trauma Craneoencefálico	☐ ☒	Desprendimiento retina	☐ ☒
hipoglicemia	☐ ☒	Otros	☐ ☒	Ambliopía	☒ ☐
toxoplasmosis	☐ ☒	ambliopía ol	☐ ☒	Estrabismo	☐ ☒

INTOMAS Y SIGNOS

GENGO AMBLIOPIA OI - USUARIA DE RX OPTICA ACTUALMENTE ESTA EN PROCESO
E CAMBIO

Usa Corrección óptica : SI ☒ NO ☐
Tipo: NO TRAE

AGUDEZA VISUAL	Sin corrección		Con corrección		ESTADO MOTOR Y CROMATICO		
	Lejos	Cerca	Lejos	Cerca	Cover Test	Lejos ORTO	Cerca X
Ojo derecho:	20/20	20/20	20/	20/	Oftalmoscopia	OD NORMAL	OI NORMAL
Ojo izquierdo:	20/200	20/200	20/	20/	Vision Cromática	NORMAL	

EXAMEN EXTERNO (N: No presenta, OD: Ojo derecho, OI: Ojo izquierdo, AO: Ambos Ojos)

sequedad ocular	N	Ptosis palpebral	N	Pterigión	N	Otros:
yección conjuntival	N	Edema palpebral	N	Secreción	N	
iperemia conjuntival	N	Pingüecula	N	Blefaritis	N	

DIAGNOSTICOS

	OD	OI		OD	OI
metropía	☒ ☐	Ojo aparentemente sano	☐ ☐		
efecto refractivo	☐ ☒	Posible alteracion ocular	☐ ☐		
roblema de motilidad	☐ ☐	Presbicia	☐ ☐		

INTERPRETACION

Requiere utilizar corrección óptica	☒
No requiere corrección óptica	☐
Problema de refraccion no corregido	☐
Problema de refracción corregido	☐
Problema de refracción inadecuadamente corregido	☐
Otras:	☐

RECOMENDACIONES

aloración por Optometría	☐
ontrol en un año	☒
ontrol en seis meses	☐
o requiere corrección óptica	☐

BSERVACIONES

MBLIOPIA OI . CONTINUAR CON EL USO DE RX OPTICA DE USO OCASIONAL.

Laura Galvis
1098700383

GALVIS AMADOR LAURA ANDREA
Paciente

DRA. LAURA MARCELA REINEL
Profesional

- El trabajador recibió orientación médica sobre las recomendaciones necesarias para prevenir probables efectos en la salud relacionados o asociados con los riesgos ocupacionales propios de su cargo.
- DECLARACIÓN DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omiti datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de estado de salud. y así mismo AUTORIZO a OCUPASALUD S.A.S. a relaizar la evaluación de salud.

EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

IDENTIFICACIÓN

APELLIDOS Y NOMBRES GALVIS AMADOR LAURA ANDREA		C.C. *098700383	FECHA Ncto 17/02/1991	EDAD 26
SEXO F	ESTADO CIVIL SOL	DIRECCIÓN CRA 2A N 65B-23 CANELOS	TELÉFONO 3004381396	
ESCOLARIDAD UNIV INC	PROFESIÓN ENFERMERA		CARGO ENFERMERA JEFE	
EPS NUEVA EPS	ARP POSITIVA		PENSION PORVENIR	

LABORATORIO Y PARACLÍNICOS

Examen	Fecha	Resultado
EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	22/11/2019	NORMAL-
AUDIOMETRIA		NORMAL-
VISIOMETRIA		NORMAL - - AMBLOPIA OI. CONTINUAR CON EL USO DE RX OPTICA DE USO OCASIONAL
TEST PSICOLOGICO		NORMAL-

RESTRICCIONES OCUPACIONALES

Ninguna	X
---------	---

RECOMENDACIONES

Usar Elementos de Protección Personal	X
Higiene Postural	X

JUSTIFICACION

CONCEPTO MEDICO

Es satisfactorio

OBSERVACIONES FINALES

Bajar de peso. -

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE SALUD OCUPACIONAL: Las resoluciones 2346 del 11 de Julio de 2007 y 1918 de Junio de 5 de 2009 del Ministerio de la Protección social (actualmente Ministerios de Trabajo y de salud y de protección social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, 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 MEDICO del aspirante. Los documentos completos de la historia 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, entendiendo que hacen parte de su historial médico.

Laura Galvis
1098705283

GALVIS AMADOR LAURA ANDREA
Paciente

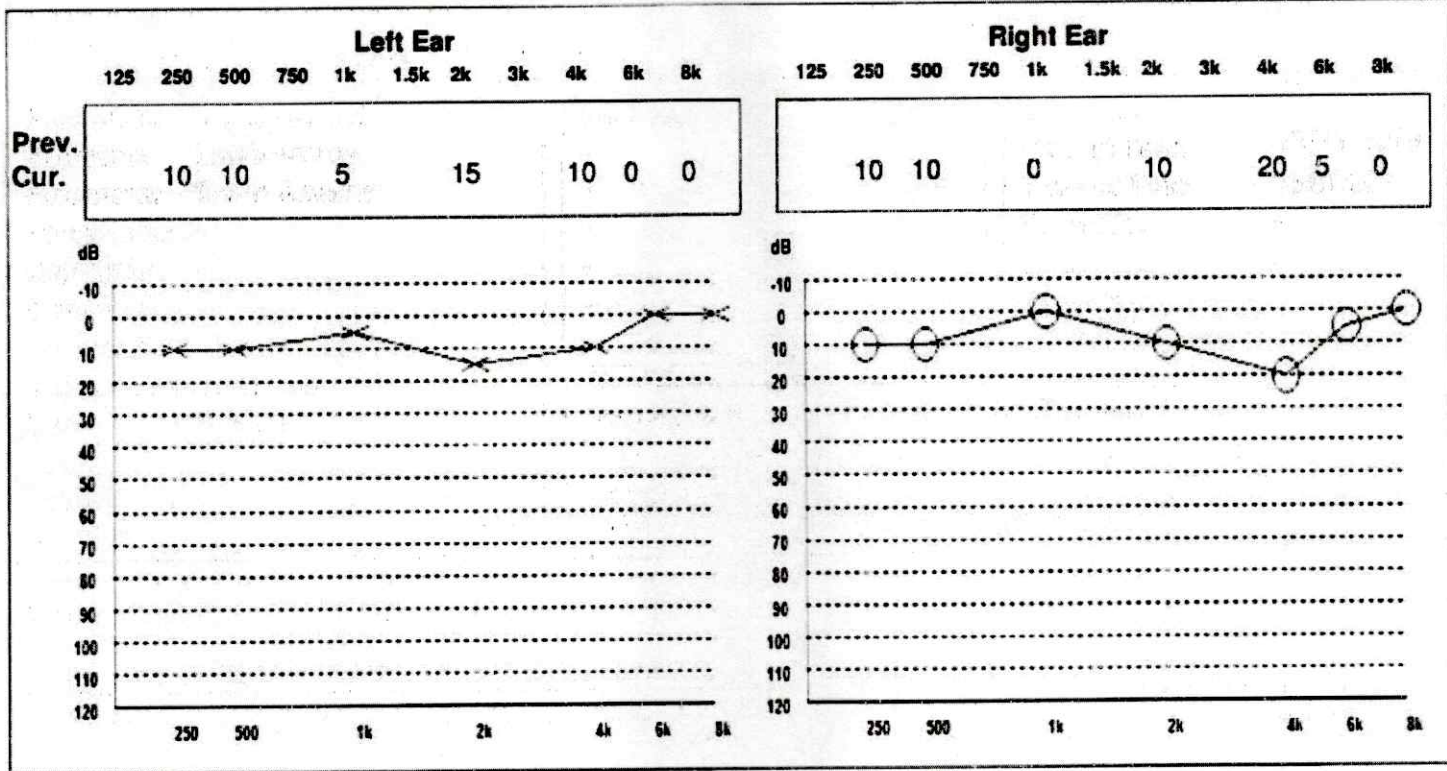
MICHAEL MIGUEL MEDINA MORALES
Médico Especialista Salud Ocupacional

MICHAEL MIGUEL MEDINA MORALES
Médico Especialista Salud Ocupacional

- El trabajador recibió orientación médica sobre las recomendaciones necesarias para prevenir probables efectos en la salud relacionados o asociados con los riesgos ocupacionales propios de su cargo.
- DECLARACIÓN DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omití datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de estado de salud. y así mismo AUTORIZO a OCUPASALUD S.A.S. a relaizar la evaluación de salud.

Amplivox Audibase 5.3 Patient Record

Patient No: 1.098.700.383	Address:	Test Type: -
Surname: Laura Andrea	-	Date of Test: 22/11/2019
Forename: Galvis Amador	-	Time of Test: 15:01:09
Posn/Rank: -	-	Previous: -
Dept/Unit: -	-	Examiner: -
Company: -	-	Serial no:
Location: -	-	Calibrated: -
Date of Birth: 17/02/1991	Date Joined:	Recall Date:
Sex: Female	Date Left:	Baseline:
Status: -	Length of Service: n/a	
Leaving Reason:		F1: -
		F2: -
		F3: -
Categorisation: HSE2006: Data incomplete		



Notes: -PTA: O.I 10 dB O.D 6.6 dB
-OTOSCOPIA: CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO DESPEJADO, MEMBRANA TIMPANICA INTEGRAL BILATERAL
AUDICION DENTRO DE LOS LIMITES DE NORMALIDAD BILATERAL

Patient No: 1.098.700.383 Surname: Laura Andrea Forename: Galvis Amador Posn/Rank: - Dept/Unit: - Company: - Location: - Date of Birth: 17/02/1991 Sex: Female Status: - Leaving Reason: -	Address: - - - - - - Date Joined: Date Left: Length of Service: n/a	Test Type: - Date of Test: Time of Test: Previous: - Examiner: - Serial no: Calibrated: - Recall Date: Baseline: F1: - F2: - F3: -
Categorisation: HSE2006: Data incomplete		

Questionnaire:

Tipo de Exámen:

DATOS PERSONALES

NOMBRE GALVIS AMADOR LAURA ANDREA Doc: 1098700383

SEXO F PROFESION CARGO

EMPRESA BATAILLON MILITAR

ANTECEDENTES

Ocupacionales SI NO X

Personales	SI NO		SI NO	Oculares	SI NO		SI NO
Hipertensión arterial	☐ ☒	Cefalea	☐ ☒	Cirugía ocular	☐ ☒	Retinopatía	☐ ☒
Diabetes	☐ ☒	Trauma Craneoencefálico	☐ ☒	Queratocono	☐ ☒	Desprendimiento retina	☐ ☒
Hipoglicemia	☐ ☒	Otros		Glaucoma	☐ ☒	Ambliopía	☐ ☒
Toxoplasmosis	☐ ☒			Catarata	☐ ☒	Estrabismo	☐ ☒

SINTOMAS Y SIGNOS

Usa Correccion optica : SI NO X

Tipo:

AGUDEZA VISUAL	Sin corrección		Con corrección		ESTADO MOTOR Y CROMATICO		
	Lejos	Cerca	Lejos	Cerca	Cover Test	Lejos	Cerca
Ojo derecho:	20/20	20/20	20/20	20/20	Oftalmoscopia	OD	OI
Ojo izquierdo:	20/100	20/100	20/100	20/100	Vision Cromática		

EXAMEN EXTERNO (N: No presenta, OD: Ojo derecho, OI: Ojo izquierdo, AO: Ambos Ojos)

Ressequedad ocular	Ptosis palpebral	Pterigión	Otros:
Inyeccion conjuntival	Edema palpebral	Secreción	
Hiperemia conjuntival	Pinguécula	Blefaritis	

DIAGNOSTICOS	OD OI		OD OI	INTERPRETACION	
Emetropía	☐ ☐	Ojo aparentemente sano	☐ ☐	Requiere utilizar corrección óptica	☐
Defecto refractivo	☐ ☒	Posible alteracion ocular	☐ ☒	No requiere corrección óptica	☐
Problema de motilidad	☒ ☒	Presbicia	☐ ☐	Problema de refraccion no corregido	☐
2010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION				Problema de refracción corregido	☐
				Problema de refracción inadecuadamente corregido	☐
				Otras:	☐

RECOMENDACIONES

Valoración por Optometría ☐

Control en un año ☐

Control en seis meses ☐

No requiere corrección óptica ☐

Ejercicio regular 5 veces al asemana, en sesiones de media hora ☐

OBSERVACIONES

ACIENTE CON AMBIOPIA OJO IZQUIERDO OJO DERECHO NO REQUIERE CORRECCION OPTICA PARA LABORAR

Laura Galvis
1098700383

Laura Marcela Rinaldi Pérez
Optometrista - O.O.P.
Reg. 010567
T.P. 1544

GALVIS AMADOR LAURA ANDREA
Paciente

Profesional

- El trabajador recibo orientación médica sobre las recomendaciones necesarias para prevenir probables efectos en la salud relacionados o asociados con los riesgos ocupacionales propios de su cargo.
- DECLARACIÓN DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omiti datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de estado de salud. y así mismo AUTORIZO a OCUPASALUD S A S a relaiar la evaluacion de salud

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: **Lasso andrea**

Apellidos: **Galvis amador**

Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ cdt ☐ cult ☐

Nº **1.098.700.383**

Fecha de nacimiento: Día **17** Mes **02** Año **1991**

Biológico	Desis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	22/04/2021	Pfizer.	EN1195	DMBUG	Elizabeth Fonseca Aux. Enfermería C.C. 37.514.813 Resolución 06301-2004	
	2	2-04-2021	PFIZER.	SR1742	DMBUG.	SMSM. Fabian Cubides Ramos Uc Enfermero Profesional Rg: 17323 Sara Pavarera Aux. de Enfermería Reg. 1834 S.S.S.	532285
			Pfizer/Moederna	940877	ISCN CS/009		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	21-5 ep/15	UFx14004	Amor
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		23/08/12	1203501 NOVARTIS	Silvia Jorabari
Otras				
DPT retardar (1) 21/sep/15 CUSTYAB Amor				

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
División de Bienestar Universitario
SERVICIOS DE SALUD

CARNE DE VACUNACION

Nombre: Laura Andrea Galvis A. Código: 2091084

Biológico	Dosis	Unica	1a.	2a.	3a.	Refuerzo
Hepatitis			11-03-09	14-04-09	20-10-09	
Tétanos						
Fiebre Amarilla						

ALCALDIA DE BUCARAMANGA
CIUDAD DE TODOS

SECRETARIA DE SALUD Y DEL AMBIENTE
GRUPO DE SALUD PUBLICA
PLAN DE ATENCION BASICA

CERTIFICADO DE VACUNACION

NOMBRE: Laura Andrea Galvis

BIOLOGICOS	FECHA
Anti Sarampión	23. Oct. 02
Toxoide Dift (1d)	23. Oct. 02
Toxoide Dift (2d)	05. Dic. 03
3 dosis Toxoide Dift	Mayo 17/04
TD 4 dosis	Mayo 17/05
TD 5 dosis	Laura R.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE BUCARAMANGA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

DOSIS 1a. ☐ 2a. ☐ 3a. ☐ Refuerzo ☐

VACUNA: Fiebre AMARILLA

NOMBRE: LAURA A. Galvis

EDAD: 7 años FECHA: MAYO 14/08

ORGANISMO: C. S. NOTIS

FIRMA VACUNADOR: MARITZA SUAREZ

Certificado Digital de Vacunación
Colombia

contra SARS-CoV-2 (Covid-19)
COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

LAURA ANDREA GALVIS AMADOR

Tipo de identificación / ID Type

CC

Número de identificación / ID Number

1098700383

Fecha nacimiento / Date of birth

17/02/1991

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

Correo electrónico / e-mail



Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number

Primera

Segunda

-

Lote / Vaccine Batch

EN1195

ER1742

-

Vacuna / Vaccine

PFIZER
MANUFACTURING
BELGIUM

PFIZER
MANUFACTURING
BELGIUM

-

Centro vacunador / Administering Center

BUCARAMANGA
HOSPITAL MILITAR

BUCARAMANGA
HOSPITAL MILITAR

-

Fecha de aplicación / Date of Vaccination

22/03/2021

12/04/2021

-

País de vacunación / Country of Vaccination

CO-Colombia

CO-Colombia

-

Sello digital / Digital Stamp

ETN5JXYX07GOZ6YNHLSK
MMETQVDHASLGB63VCZV
UBBHN4MH7I53A

5JKHKPQNE6GOLTFEDZD2
57GDQOT4UQVXKZLJGXVE
I5ISPFCSFRSQ

-

Fecha de emisión del documento / Document issued

29/09/2021

29/09/2021

-

Línea de ayuda / Help line : 192 - soportemivacuna@minsalud.gov.co



El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página

Ver certificado en MiVacuna

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page

View certificate in MiVacuna

PAI



NOMBRE: Laura Andrea Galvis Amador

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1098700383

NOMBRE: Laura Andrea Galvis Ador												NUMERO DE IDENTIFICACION: 1098700383		
VACUNA	DOSIS	FECHA DE APLICACION			NÚMERO DE LOTE	LABORATORIO	IPS VACUNADORA	FECHA DE PRÓXIMA CITA			NOMBRE DE VACUNADOR			
		DD	MM	YYYY				DD	MM	YYYY				
Influenza estacional Mujeres gestantes a partir de la semana 14	Primera													
	Segunda													
	Tercera													
	Cuarta													
	Quinta													
Tétanos, difteria reducida, B. pertussis acelular (TdaP) Mujeres gestantes a partir de la semana 26	Primera													
	Segunda													
	Tercera													
	Cuarta													
	Quinta													
Toxoide tetánico y diftérico (Td)	Primera dosis	23	10	2002	SIN DATOS	SIN DATOS	SECRETARIA SAUD Y DEL AMBIENTE PLAN DE ATENCION B	5	10	2002	LAURA R			
	Segunda dosis	5	12	2003	SIN DATOS	SIN DATOS	SECRETARIA DE SALUD Y DEL AMBIENTE PLAN DE ATENCIO	17	5	2204	LAURA R			
	Tercera dosis	17	5	2004	SIN DATOS	SIN DATOS	SECRETARIA DE SALUD Y DEL AMBIENTE PLAN DE ATENCIO	17	5	2005	LAURA R			
	Cuarta dosis	17	5	2005	SIN DATOS	SIN DATOS	SECRETARIA DE SALUD Y DEL AMBIENTE PLAN ATENCION B	17	5	2006	LAURA R			
	Quinta dosis													
	Refuerzo 1													
	Refuerzo 2													
	Refuerzo 3													
Virus del Papiloma Humano (VPH)	Primera dosis													
	Segunda dosis													
	Tercera dosis													
Rabia Humana	Primera dosis													
	Segunda dosis													
	Tercera dosis													
	Cuarta dosis													
	Quinta dosis													
Suero antirrábico	Primera dosis													
	Adicional													
DPT Acelular	Primera dosis	21	9	2015	C4674AB	SIN DATO	SIN DATO				FIRMA NO LEGIBLE			
	Segunda dosis													
	Tercera dosis													
	Cuarta dosis													
	Quinta dosis													
	Primer Refuerzo													
	Segundo Refuerzo													
Fiebre Amarilla	Única	4	5	1998		SANOFI	CS MUTIS				MARITZA SUAREZ			
Fiebre tifoidea	Primera dosis													
	Segunda dosis													
Hepatitis A	Primera dosis													
Hepatitis B	Segunda dosis													
	Primera dosis	21	9	2015	UFX14004	SIN DATO	SIN DATO	21	10	2015	FIRMA NO LEGIBLE			
	Segunda dosis													
	Tercera dosis													
	Refuerzo													
Adicional														
Influenza estacional	Primera	4	7	2016	1804094	NOVARTIS	COMFENALCO	4	7	2017	FIRMA NO LEGIBLE			
	Dosis anual													
	Dosis anual													
	Dosis anual													
	Dosis anual													
Anti tuberculosis (BCG)	Unica													
Triple viral	Unica													
	Refuerzo													
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	23	10	2002	SIN DATOS	SIN DATOS	SECRETARIA DE SALUD Y DEL AMBIENTE PLAN DE ATENCIO	23	10	2003	LAURA R			
	Refuerzo													
Meningococo Conjugado	Primera													
	Segunda													
Meningococo Polisacárido	Unica													
Neumo Conjugado	Unica													
Neumococo Polisacárido	Primera dosis													
	Refuerzo													
Herpes zoster	Unica													
Colera	Unica													

[illegible]

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES



Datos del vacunado

Número de Identificación

CC 1098700383

Nombres y Apellidos

LAURA ANDREA GALVIS AMADOR

Fecha de Nacimiento

17/02/1991

Edad

30 Año(s) 7 Mes(es) 21 Día(s)

Régimen

Aseguradora

Contributivo

LA NUEVA EPS S.A.

[illegible]

[illegible]

Search

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam... > 1

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

1098700383

Primer Nombre *

LAURA

Primer Apellido *

GALVIS

Confirme los números de la Imagen *

7951

Cambiar

2909

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2021-10-08--1:29:42 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Det:
CC	1098700383	LAURA	ANDREA	GALVIS	AMADOR	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LAURA ANDREA GALVIS AMADOR identificado(a) 1098700383 registra La siguiente información:

2021-10-08--1:29:42 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2015-08-28		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERIA COLOMBIA - ANEC

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de 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 profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHU)

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020
Horario de atención:
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m.
en jornada continua.
[Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD](#)
[Notificaciones judiciales](#)
[Términos y condiciones de uso](#)

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
EJÉRCITO NACIONAL



DIRECCION DE SANIDAD
DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA

G. DATOS GENERALES

Quien suscribe: LAURA ANDREA GALVIS AMADOR, mayor de edad, de Nacionalidad COLOLMBIANA, de este domicilio CARRERA 2ª# 65B - 23 PISO 2, identificado con cedula de ciudadanía No. 1098700383, actuando en nombre propio.
Declaro bajo la gravedad de juramento que la información que se consigna a continuación es real y autorizo para que el Ministerio de Defensa – Ejército Nacional bajo cualquier medio legal corrobore la veracidad de la misma:

Nombre completo Cédula de ciudadanía Pregrado-Universidad Posgrado-Universidad	- LAURA ANDREA GALVIS AMADOR - CC. 1098700383 - Universidad Industrial de Santander
Hace parte reserva activa	SI ☐ NO ☒ Indique causal de retiro ☐ Solicitud propia ☐ Por ☐ cumplir ☐ dos (2) años en Grado de General, Almirante o General del Aire. ☐ Por llamamiento a calificar servicios. ☐ Por sobrepasar la edad correspondiente al grado. ☐ Por disminución de la capacidad psicofísica para la actividad militar. ☐ Por inasistencia al servicio sin causa justificada de acuerdo con el tiempo previsto en el Código Penal Militar para el delito de abandono del servicio. ☐ Por incapacidad profesional. ☐ Por retiro discrecional. ☐ Por no superar el periodo de prueba. Número y fecha del acto administrativo mediante el cual pasa a ser parte de la reserva activa. Número y fecha del acto administrativo mediante el cual se le liquida y reconoce la asignación de retiro Se ha afiliado a pensión: SI ☐ NO ☐ Indique cual: Fecha:

Experiencia específica (relacionada con el objeto contractual). Los certificados deben estar en la plataforma SIGEP	- Contratante: DMBUC - Objeto contractual: ENFERMERA JEFE - Vigencia: DESDE 1 DE MAYO DE 2015 A 31 DE DICIEMBRE DE 2021
Dirección de residencia (indicar ciudad)	- Dirección: CARRERA 2ª#65B-23 PISO 2 - Ciudad: BUCARAMANGA
Entidad bancaria y No. De la cuenta Bancaria (indicar si es ahorros- corriente).	- Entidad bancaria: BANCOLOMBIA - Sucursal: REAL DE MINAS - N° cuenta: 79831303820 - Ahorros ☐ Corriente ☐
Teléfono fijo- teléfono celular	- Tel. fijo: 6416244 - Tel. celular: 3004381396
Correos electrónicos en los que recibo cualquier comunicación oficial emanada del Ejército.	- laga17@gmail.com
Contratos vigentes de prestación de servicios (indique entidad – objeto – plazo de vigencia - vlr. Total contratado)	- Contratista DMBUC - NIT - No. de contrato: - Objeto: ENFERMERA JEFE - Plazo: 11,5 MESES - Valor total contrato:
Otros contratos vigentes (laboral – labor – aprendizaje – ocasional de trabajo – otros)	- Tipo de contrato - Objeto - Plazo - Valor total contrato
Otros contratos vigentes (laboral –labor–aprendizaje – ocasional de trabajo–otros) Estado Civil	- Tipo de contrato - No. de contrato objeto - Plazo - Valor total contrato
Pertenezco al régimen tributario	Común__ Simplificado__
Régimen de excepción	NOTA 1: APLICA__ NO APLICA_X_ Pertenece a regímenes excepción razón por la cual debe cancelar los aportes correspondientes a salud al Ministerio de protección social-fondo de solidaridad y garantías (FOSYGA), en las condiciones establecidas por esta entidad.
Pago de pensión	NOTA 2: APLICA__ NO APLICA_X_ El (la) suscrita bajo la gravedad de juramento informa que, de acuerdo a la circular externa 0032 del 23 de mayo de 2007 del Ministerio de Salud y la Protección Social y el artículo 61 de la Ley 100 de 1993 se encuentra exceptuado de cotizar a pensión, toda vez que: (en caso de aplicar, señalar con "X", la excepción que aplique) 1. Nunca ha cotizado en materia pensional y cuenta con 50 años de edad o más, si se es mujer, o 55 años de edad o más, si se es hombre. ____ 2. Se encuentra pensionado por invalidez por el

	Instituto Seguros Sociales o por cualquier fondo, caja o entidad del sector público o recibió la indemnización sustitutiva de la pensión de vejez o de invalidez por riesgo común (esta excepción no aplica en caso que la invalidez hubiere cesado o desaparecido, en virtud de los programas de readaptación y rehabilitación por parte del Instituto) ____ (Adjuntar acto administrativo)
Estado civil	- SOLTERA
Datos cónyuge o compañero permanente: Nombre completo-identificación - empresa o entidad con la cual labora o presta sus servicios- aclare si labora con el Ministerio de Defensa -EJC-FAC-ARMADA NACIONAL-entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA y bajo que condición.	Nombre (cónyuge) Identificación (cónyuge) Empresa - entidad en la cual labora o presta servicios - NIT - tel. contacto Es militar o civil vinculado bajo cualquier modalidad al Ministerio de Defensa - EJC - FAC -ARMADA NACIONAL - entidad adscrita o vinculada al MINDEFENSA: SI ☐ Especifique: NO ☒
No. De hijos - nombre - identificación	No. de hijos Nombre Identificación
Tiene familiares que pertenecen el Ministerio de Defensa -EJC-FAC-ARMADA NACIONAL- Entidad descrita o vinculada a MINDEFENSA	SI____ Grado de consanguinidad_____ Cargo que desempeña_____ NO_X__
Inhabilidades e incompatibilidades.	Me encuentro incurso en alguna causal de inhabilidad e incompatibilidad Constitucional o legal: SI ☐ Especifique: NO ☒



Nombre Completo: LAURA ANDREA GALVIS AMADOR
Identificación: CC. 1098700383 de Bucaramanga
Firma:

INFORME INTERPRETATIVO

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres y apellidos: Laura Andrea Galvis

C.C: 1.098.700.383

Edad: 30 Años

Sexo: Femenino

Estado civil:

Soltera

Fecha de Evaluación: 13/01/2022

Cargo: Enfermería Profesional

II. MOTIVO DE CONSULTA:

Evaluación de la personalidad por motivo de examen médico ocupacional de ingreso.

III. PRUEBAS SUMINISTRADAS

Nombre de la prueba: Entrevista psicológica semi-estructurada.

Cuestionario de personalidad EPI 26/31

Escala de motivación de logro, poder y afiliación (MLPA).

LOGRO-19 PODER-10 AFILIACIÓN-17

IV. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Su estilo intelectual es algo práctico, de intereses realistas. Convencional, alerta a las necesidades del día a día. Inquieta por intereses y hechos inmediatos. En general, evita cualquier cosa a largo plazo. Guiada por realidades objetivas, depende de un juicio práctico. Sería interesada o preocupada, pero estable. Valora lo concreto y sensatamente obvio. Tiende a desdeñar las abstracciones o las inferencias conceptuales complicadas. No tiene mucha tendencia hacia la introspección. Habla poco acerca de su vida subjetiva. Tiende a angustiarse por hacer las cosas bien, está atento a los problemas prácticos y se sujeta al dictado de lo que es obviamente posible. Tiende a preocuparse por los detalles y carece de imaginación. Es más bien sensible hacia el mundo externo, más que hacia el interno.

Tiene una buena memoria. Se recomienda en los oficios los cuales pueden considerarse trabajos concretos. Además, puede tener un buen desempeño en muchos otros tipos de trabajo que sean prácticos y estén alertas al ambiente, se adaptan con facilidad a la rutina, por su capacidad de ver lo que es inmediatamente necesario, y su buena memoria para los hechos exactos. Emocionalmente estable, madura, se enfrenta a la realidad, siendo tranquila y estable en sus intereses. Su carácter es sereno. No permite que las necesidades emocionales opaquen la realidad de una situación. Es una persona extrovertida. Es muy afectuosa, comunicativa, despreocupada, participativa, de buen carácter, coopera con facilidad, muy atenta con las personas, bondadosa, casual, confiada, adaptable, ríe con facilidad. Es una persona considerada y generosa con su tiempo y posesiones y lenta para discernir y criticar las debilidades humanas. Como fortalezas refiere, ser puntual, responsable, respetuosa y amable, de acuerdo a sus debilidades manifiesta ser orgullosa, tímida, perfeccionista, perezosa y espera mucho de los demás. La aspirante refiere frente a su proyección de vida personal, poder estudiar instrumentación quirúrgica.

PERFIL FAVORABLE x

PERFIL DESFAVORABLE



OCUPASALUD

Luz Adriana Chacón carrillo

Psicóloga

T.P 151628