Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

CÓDIGO: AP-TH-FT-013
VERSION: 06
FECHA: 2018-10-02

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:		**FECHA**		**Nº FOLIOS**	
NOMBRE DEL CANDIDATO	Gualdron Eliana		**DOCUMENTO:**	40039989	
TELEFONO			**ACTIVIDAD SOLICITADA:**	Lactum. Quirurgica	

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

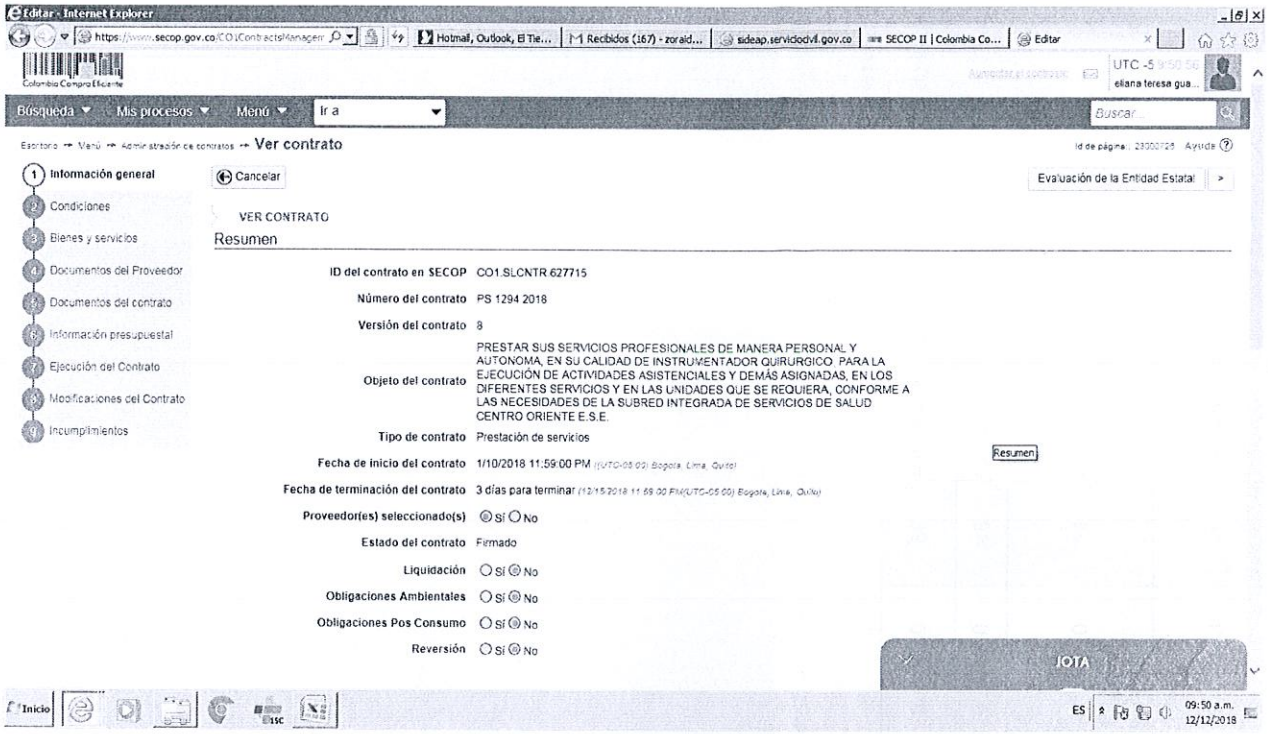
	NECESIDAD DE PERSONAL OPS		
	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		
	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐	NO ☐

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNETICO CON FORMATO .JPG	SI	☐		
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI	☒		
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI	☒		
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	☒		
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI	☒	N/A	☐
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI	☒	N/A	☐
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI	☒	NO	☐
8	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI	☐	N/A	☒
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI	☒	N/A	☐
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI	☒	N/A	☐
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI	☒		
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CIIU 8692	SI	☒		
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	☒		
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI	☐	N/A	☒
15	TARJETA PROFESIONAL	SI	☒	N/A	☐
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI	☒	N/A	☐
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI	☒	N/A	☐
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI	☐	N/A	☒
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI	☒	N/A	☐
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	☐		
21	CERTIFICADO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCION No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias,Hospitalización y Consulta Externa)	SI	☐	N/A	☐
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI	☒	N/A	☐ Certif Prov.
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGIA (Medico, Enfermera,Bacteriologo,Citohistotecnologo,Histocitotecnologo) Resolución 2003 de 2014	SI	☐	N/A	☒
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI	☐	N/A	☒
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Medicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI	☐	N/A	☒
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI	☐	N/A	☒
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI	☐	N/A	☒
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI	☐	N/A	☒
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI	☒		
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: Coomeva	SI	☒		
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSION - NOMBRE: Colpensiones	SI	☒		
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE)- NOMBRE: Bolivar	SI	☒		
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒		
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒		
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒		
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒		
37	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, N° de documento y N° de cuenta)	SI	☒		

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Vº/Bº Responsable Talento Humano		**Fecha:**	
Vº/Bº Dirección Talento Humano		**Fecha:**	


Editar - Internet Explorer
Hotmail, Outlook, El Tie...
Recibidos (167) - zoraid...
sideap.serviciodvl.gov.co
SECOP II | Colombia Co...
Editar
Colombia Compra Eficiente
UTC -5
eliana teresa gua...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar
Escritorio ➔ Menú ➔ Administración de contratos ➔ Ver contrato
Id de página: 23000726 Ayuda
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
Resumen
ID del contrato en SECOP CO1.SLCNTR.627715
Número del contrato PS 1294 2018
Versión del contrato 8
Objeto del contrato PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CALIDAD DE INSTRUMENTADOR QUIRURGICO. PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Tipo de contrato Prestación de servicios
Fecha de inicio del contrato 1/10/2018 11:59:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Fecha de terminación del contrato 3 días para terminar (12/15/2018 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Proveedor(es) seleccionado(s) Sí No
Estado del contrato Firmado
Liquidación Sí No
Obligaciones Ambientales Sí No
Obligaciones Pos Consumo Sí No
Reversión Sí No
Resumen
JOTA
Inicio
ES
09:50 a.m.
12/12/2018

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
GUALDRON	GARCIA	ELIANA TERESA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 40039989

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 0 D.M 0

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 25 MES DIC AÑO 1975

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Carrera 9 No 57 - 73 Apto 304

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3282828

EMAIL eli.75gualdron@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 BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 1992

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	8	X		PROFESIONAL EN INSTRUMENTACION QUIRURGICA	10	1999	40039989

DOMINIO DE IDIOMAS

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
Ingles			X			X			X

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SANTA CLARA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	ufencirugia.hemodia@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3282828	DIA 18 MES 11 AÑO 2014	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
instrumentacion quirurgica	cirugia	kr 14b N 1 54 sur

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
clinica medilaser		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Boyacá	Tunja	medilasertunja@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7432011	DIA 1 MES 1 AÑO 2009	DIA 5 MES 3 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
instrumentadora quirurgica	salas de cirugia	carrera 7 N 11 31

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	4	0
PRIVADO	4	2
PARTICULAR	0	0
TOTAL	8	2

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento Bogotá / 14-DIC-2018

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ELIANA TERESA GUALDRON GARCIA

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 40039989 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección Carrera 9 No 57 - 73 Apto 304 **Teléfonos** 3003575288 3282828

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LAURA ALEJANDRA CASTILLA GUALDRON	1011080731	HIJO(A)
LILIA TERESA GARCIA SILVA	23275451	MADRE
CARLOS ARTURO GUALDRON MONSALVE	13803025	PADRE

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 POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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	$ 2.500.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 1.500.000,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 4.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Bogota	Ahorros	102655453	Sanantonio	$ 3.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-dic-2018

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** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

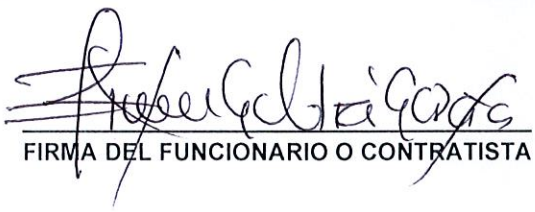
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C◯ C.E◯ T.I.◯	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 12-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE EL (LA)

COLEGIO DE LA PRESENTACION

TUNJA - BOYACA

SECCION DIURNA

AUTORIZADO POR LA SECRETARIA DE EDUCACION DE BOYACA,
SEGUN RESOLUCION Nº 000539 DEL 28 DE SEPTIEMBRE DE 1992

CONFIERE A

Eliana Teresa Gualdrón García

IDENTIFICADO CON T. I. No 751225-04891 DE Tunja - Boy.

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

Hna. Rita Graciela Acuña G.
RECTOR

Claudio Quintero Medina
SECRETARIO

DADO EN Tunja A 21 DE noviembre DE 1992

ANOTADO AL FOLIO ..... LIBRO DE REGISTRO .....

SECRETARIO DE EDUCACION

Nº 540954

EN ..... A ..... DE ..... DE 199..

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE BOYACÁ

CONFIERE EL TÍTULO DE

PROFESIONAL EN INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA

A

Eliana Teresa Gualdrón García

C.C. No. 40.039.989 EXPEDIDA EN TUNJA. Boyacá

QUIEN HA CURSADO TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCIÓN Y POR LAS NORMAS LEGALES PARA OPTAR EL GRADO UNIVERSITARIO.

EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE:

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE TUNJA A 01 DEL MES DE OCTUBRE AÑO 1999

PRESIDENTE CONSEJO DIRECTIVO

RECTOR

UNIBOYACÁ
LIBRO DE REGISTRO No. 03
FOLIO No. 734
REGISTRO No. 1466

SECRETARIO GENERAL

DECANO DE LA FACULTAD

Acta de Grado

Resolución N.E. 008

DANE 315001-00157

COLEGIO DE LA PRESENTACION

TUNJA

En la ciudad de Tunja a los veinticinco (25) días del mes de Noviembre del año 1992 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del COLEGIO DE LA PRESENTACION,

Institución aprobada hasta 1996 INCLUSIVE en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICO según Resolución 0 0039 del veintiocho (28) de Septiembre de 19[illegible]

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyo nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación: SLIANA TERESA GUALDRON GARCIA T.I. # 751225-04891 de Tunja-Boyacá

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 016 de fecha 28 de noviembre de 1992 que consta de 61 alumnos que comienza con el nombre de ANDRADE PONGRO NYDIA JAZMIN y se cierra con el nombre de VALERO ORTIZ ADRIANA SOFIA firmado y sellado por la Hna. MARIA ELENA GOMEZ MEYES (Rector) y Hna. ELISA HELENA HURTADO PERALTA (Secretario).

Dada en Tunja a los 5 días del mes de Agosto de 1993

Firmado y Sellado

COLEGIO DE LA PRESENTACION RECTORIA TUNJA

Hna. María Elena Gómez R.

El Rector o Director

c.c. No. 28.095.945 de Charalá (Sder)

COLEGIO DE LA PRESENTACION SECRETARIA TUNJA

Hna. ELISA HELENA HURTADO PERALTA

El Secretario

c.c. No. 20.134.200 de Bogotá

DIPLOMA No. _____

EL SUSCRITO NOTARIO SEGUNDO DEL CIRCULO DE TUNJA

C E R T I F I C A

QUE ESTA FOTOCOPIA ES COPIA FIEL Y EXACTA DE SU ORIGINAL Y FUE SUSCRITA EN MI PRESENCIA

05 DIC. 1994

Derechos $ 1.000

NOTARIA SEGUNDA Tunja

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE BOYACÁ

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO Nº. 2594

En la ciudad de Tunja el día 01 del mes de OCTUBRE de 1999 se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por LA SEÑORA PRESIDENTA Y EL SEÑOR RECTOR en el cual la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE BOYACÁ, autorizada para el efecto según ACUERDO 046 del 25 de MAYO DE 1993 del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES), y previo juramento reglamentario, confirió el título de:

PROFESIONAL EN INSTRUMENTACION QUIRURGICA

a: ELIANA TERESA GUALDRON GARCIA

identificado (a) con C.C. Nº. 40.0[illegible].98[illegible] de TUNJA quien cumplió con los requisitos académicos, con las exigencias establecidas en los Reglamentos de la Institución y con las normas legales y le otorgó el Diploma No. 2594 que lo acredita como PROFESIONAL para lo cual presentó el trabajo de grado titulado:

[illegible]

calificado como [illegible]. En fe de lo anterior se firma la presente acta en la ciudad de Tunja a los 01 días del mes de OCTUBRE de 1999 por quienes en ella intervinieron.

Libro de Registro Nº. 03

Folio Nº. 734

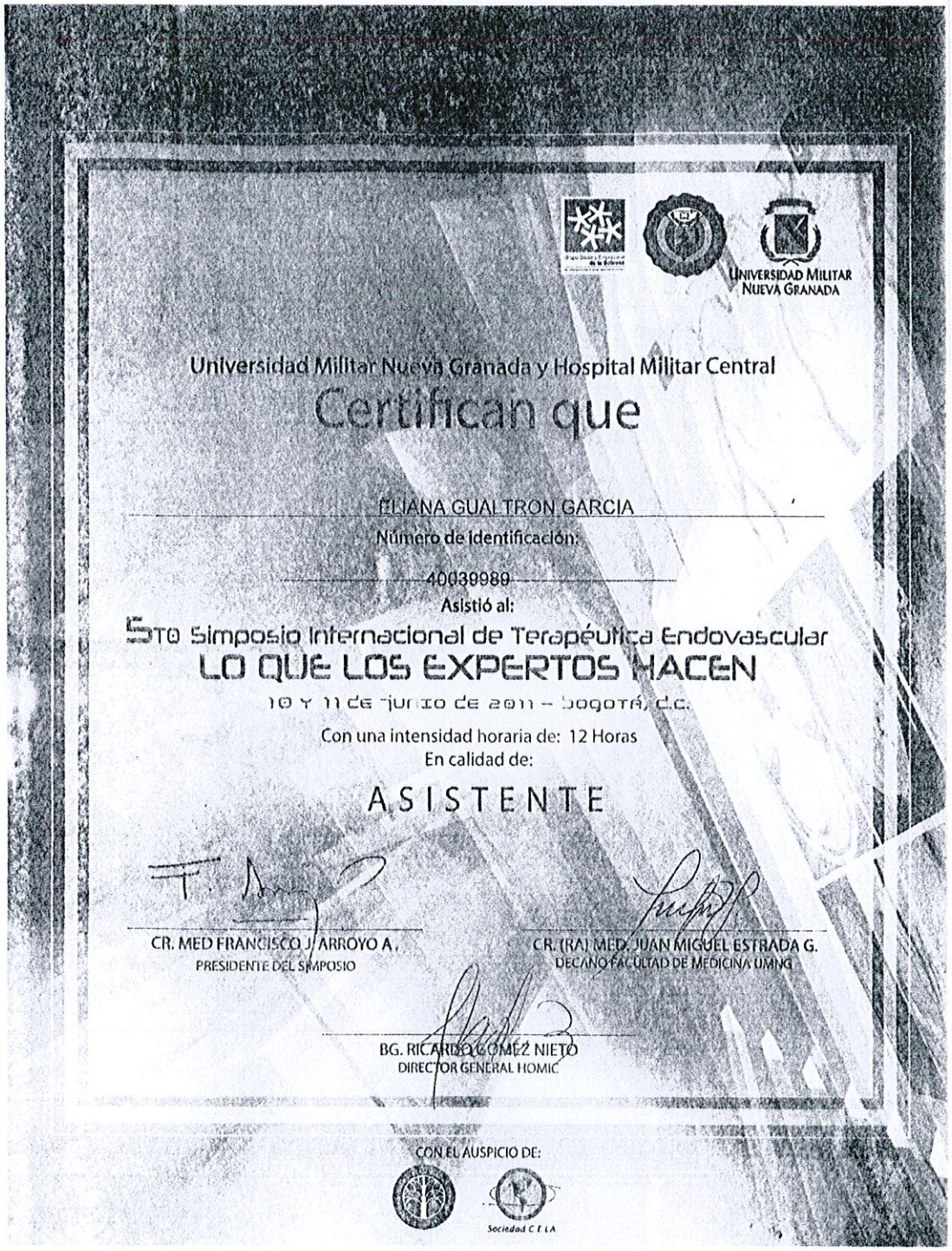
Registro Nº. 1466

(El original de la presente Acta, se encuentra firmado por el Presidente Consejo Directivo, Rector, Secretario General, Decano de la Facultad).

Es fiel copia tomada del original.

SECRETARIO GENERAL

Universidad de Boyacá SECRETARIA GENERAL



UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

Universidad Militar Nueva Granada y Hospital Militar Central

Certifican que

ELIANA GUALTRON GARCIA

Número de identificación:

40039989

Asistió al:

5to Simposio Internacional de Terapéutica Endovascular

LO QUE LOS EXPERTOS HACEN

10 y 11 de junio de 2011 – Bogotá, D.C.

Con una intensidad horaria de: 12 Horas

En calidad de:

ASISTENTE

CR. MED FRANCISCO J. ARROYO A.
PRESIDENTE DEL SIMPOSIO

CR. (RA) MED. JUAN MIGUEL ESTRADA G.
DECANO FACULTAD DE MEDICINA UMNG

BG. RICARDO GOMEZ NIETO
DIRECTOR GENERAL HOMIC

CON EL AUSPICIO DE:

Sociedad C E L A

Medilaser
Clínica
Pioneros en cirugía de corazón

Certifica que:

ELIANA TERESA GUALDRON GARCÍA

C.C. 40.039.989

Completó entrenamiento en Instrumentación Cardiovascular con una duración de 450 horas teóricas y 1050 horas de practica.

Alfonso Escobar Arias
Cirujano Cardiovascular

Edgar Vargas Granados
Gerente

Tunja, Mayo de 2012

Centro Latinoamericano de Investigación
y Entrenamiento en Cirugía de
Mínima Invasión - CLEMI

Certifica que

Eliana Teresa Gualdron Cargia

Participante

Asistió al

I Curso Taller de Entrenamiento en Cirugía Endoscópica y Cuidado de Equipos e Instrumental para Enfermeros Profesionales e Instrumentadores Quirúrgicos

Bogotá – Colombia Noviembre 24 y 25 de 2010
Intensidad: 18 Horas

Janeth Herrera R.

Janeth Herrera
Enfermera Jefe
Coordinadora Curso

Gabriel Oswaldo Alonso MVZ
Coordinador de Formación
CLEMI

Francisco José Camacho MD
Director de Investigación, Patentes y Desarrollo CLEMI

Jorge Felipe Ramírez MD
Presidente CLEMI

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
HOSPITAL DE SAN JOSÉ
FACULTAD DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA

Certifica que:

Eliana Teresa Gualdrón García

C.C. 40039989 de Tunja

Participo y aprobó

EL V DIPLOMADO EN CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

Realizado en Bogotá D.C., Del 12 de septiembre al 12 de diciembre de 2009 con una intensidad de (120) ciento veinte horas

Dr. Mauricio Wagner
Director Educación Continuada
Facultad de Medicina

Inst. Elizabeth Matamoros Velázquez
Decana

Inst. Myriam Rozo Alvarado
Coordinadora del Diplomado

Bogotá D.C Diciembre de 2009

CLINICA MEDILASER S.A.

Y

LABORATORIOS QUIRUMEDICAS LTDA

CERTIFICAN QUE:

Eliana Teresa Gualdrón

ASISTIO A LA CAPACITACION DE:

"LAVADO DE MANOS Y
PRINCIPIOS BASICOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCION"

DURACION: DOS (2) HORAS

NOEL GARCIA LONDOÑO
GERENTE GENERAL
LABORATORIOS QUIRUMEDICAS LTDA

TUNJA, MARZO 25 DE 2011

LABORATORIOS QUIRUMEDICAS

HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Certifica que

ELIANA TERESA GUALDRON

C.C. **40.039.989**

Participó en el taller y aprobó el curso de "*La Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima Revisión*".

Intensidad Horaria: 8 (Horas). Otorgado el 5 de MARZO de 2003

Betty Isabel Araque S.
Capacitadora

Carlos Ariel Rodriguez Suárez
Gerente

HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Certifica que

ELIANA TERESA GUALDRON GARCIA

C.C. **40.039.989**

Participó en el taller y aprobó el curso de "*La Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima Revisión*".

Intensidad Horaria: 8 (Horas). Otorgado el 14 de Agost de 2002

Betty Isabel Araque S.
Capacitadora

Carlos Ariel Rodriguez Suárez
Gerente

Bogotá D.C

Señores:

Clinica Medilaser

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Elcra Caldron Garcia en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Instrumentadora Cardiovascular

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 40039989 TUNJA

Tarjeta profesional No: 40039989

Dirección de contacto: CRRC 9 #57-73 Dpto 304

Teléfono: 3003575288

Bogotá D.C

Señores:

Universidad de Boyaca
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Elena Galdrán Ecdeg en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Instrumentadora Quirurgica
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 40'039989 Tunja

Tarjeta profesional No: 40039989

Dirección de contacto: Cra 9 #57-73 Apto 304

Teléfono: 3003575288

Medilaser®
Clínica
Nit. 813.001.952-0

CTH-TJA No. 02191

CLINICA MEDILASER S.A. HACE CONSTAR

Que los siguientes datos han sido verificados en la Coordinación de Talento Humano:

Nombre:	**ELIANA TERESA GUALDRON GARCIA**
Cedula de Ciudadanía:	**40.039.989 DE TUNJA**
Fecha de Ingreso:	**01 DE ENERO DE 2009**
Fecha de Retiro:	**05 DE MARZO DE 2013**
Motivo de Retiro:	**RENUNCIA**
Salario:	**$ 1.750.000=**
Tipo de contrato:	**TÉRMINO FIJO: hasta Diciembre 31 de 2010** **TÉRMINO INDEFINIDO: desde Enero 01 de 2011**
Ultimo Cargo Desempeñado:	**INSTRUMENTADORA CARDIOVASCULAR**
Se expide a solicitud de:	**ELIANA TERESA GUALDRON GARCIA**
Con destino a:	**QUIEN INTERESE**
Fecha:	**Tunja, 28 de Mayo de 2014**

Atentamente,

ROGER CASTELBLANCO CORREDOR
Coordinador de Talento Humano

Andrea

FUNDACIÓN® UNIVERSITARIA NAVARRA
UNINAVARRA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

GRAFICAS & FORMAS - Tel 8755641

Medical
Pro &nfo I.P.S.

A QUIEN INTERESE

Con la presente **INFORMAMOS** que la señora **ELIANA TERESA GUALDRON** Identificada con la cedula de ciudadanía **No. 40039989,** laboró en nuestra compañía **MEDICAL PROINFO SAS** con Nit. **830.507.718-8** desde el 01 de Abril de 2013 al 05 de Diciembre de 2014, el cargo de **INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO** con un contrato a término indefinido y un ingreso mensual básico de **UN MILLON TRES CIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($1.350.000,00) MCTE**.

Dada en Bogotá, a solicitud del interesado a los diez y ocho (18) días del mes de diciembre de 2014.

Cordialmente,

JUAN CARLOS GALEANO E.
JEFE DE PERSONAL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **40.039.989**
GUALDRON GARCIA

APELLIDOS
ELIANA TERESA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **25-DIC-1975**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-JUN-1994 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00441249-F-0040039989-20130618 0033474898A 1 1462389088

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizados

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14221884399

(415)7707212489984(8020) 000001422188439 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
4 0 0 3 9 9 8 9	3	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	4 0 0 3 9 9 8 9	1 9 9 4 0 6 2 0

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUALDRON	GARCIA	ELIANA	TERESA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

41. Dirección principal: DG 31 11 15

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
		7 4 2 3 7 5 2	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	1 9 9 9 1 1 0 1					3 2 2 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	2	0																

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 3 0 1 0 8

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA
985. Cargo: Gestor II

Fecha generación documento PDF: 07-11-2014 04:30:19PM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 19-08-2016
Hora: 11:59:14 AM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 40039989-3 ELIANA TERESA GUALDRON GARCIA

Información General

Dirección CR 9 57 73 APT 304

Teléfonos 3003575288

Dirección electrónica eli.75gualdron@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 19/08/2016

Soporte Inscripción 22439112

Fecha Inicio Actividades 18/11/2014

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001058959

Fuente ICA TE TOCA

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaría de Hacienda Distrital.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

ELIANA TERESA
GUALDRON GARCIA
C.C. 40039989

PROFESIONAL EN INSTRUMENTACION QUIRURGICA

Expedicion 27/03/2013

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.

SESALUB

Secretaría de Salud de Boyacá

LA SALUD, deber de todos.



Este registro es documento público y se expide de conformidad según decreto 1875 del 3 del mes AGOSTO de 1994

WILSON FERNANDO MARTIN DIAZ

Firma Secretario SESALUB

927

ELIANA TERESA GUALDRON GARCIA

40039989 TUNJA

3507-02/11/1999

Secretaría de Salud de Boyacá

PROFESIONAL EN INSTRUMENTACION QUIRURGICA

Departamento de Boyacá

Secretaría de Salud

RESOLUCION NUMERO 3000

([illegible] 1999)

Por la cual se confiere una autorizacion
(Decreto 1875 de 1994)

CONSIDERANDO

Que ELIANA TERESA GUALDRON GARCIA, identificada con la cédula de ciudadania número 40.039.989 expedida en Tunja, ha solicitado el registro de su título de Profesional en INSTRUMENTACION QUIRURGICA que otorgó LA FUNDACION UNIVERSITARIA DE BOYACA, el día 1 de Octubre de 1999;

Que dicho título se encuentra Registrado en la Fundación Universitaria de Boyacá bajo el número 3806; al Folio 731; Libro 02;

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a ELIANA TERESA GUALDRON GARCIA, para ejercer la profesión de INSTRUMENTACION QUIRURGICA en todo el Territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Tunja, [illegible]

ORIGINAL FIRMADO POR
Hector Julio Becerra Ruiz

HECTOR JULIO BECERRA RUIZ
Secretario de Salud de Boyacá

ESTA COPIA CORRESPONDE CON SU COPIA AUTENTICA QUE HE TENIDO A LA VISTA. ASI LO CERTIFICO HOY
08 NOV 2005
HERNANDO BARRAGAN ROJAS
NOTARIO PRIMERO DE TUNJA (E)

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

40039989

Primer Nombre *

eliana

Primer Apellido *

gualdron

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-06→3:42:58 PM -2018-12-06→3:44:19 PM -2018-12-06→3:45:13 PM -2018-12-06→3:48:53 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	40039989	ELIANA	TERESA	GUALDRON	GARCIA	**Ver**

Información Detallada [CC: 40039989] ELIANA TERESA GUALDRON GARCIA

2018-12-06→3:48:53 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	Instrumentación quirúrgica	1999/11/02	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

Certificado de Vacunación

Institución: Clínica Medicadiz Tunja
Nombre: Eliana Teresa Escalona
Identificación: 40036 989 Tel: 3016204514

Vacuna	Dosis/Fecha			Lote No.	Firma Vacunador
Hepatitis B(Mono)	1	2	3		
Hepatitis B(Multi)	1 040512	2 190712	3 170112	0558 1089	
DT/TT (Mono)	1	2	3		
DT/TT (Multi)	1	2	3		

Serum Institute of India — Organización Vacunemos Colombia

Nombre Eliana Escalona — Fecha de Nacimiento 25 12 75

Biológico	Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3	Dosis 4	Dosis 5
Fiebre Amarilla - FA Fecha:					
Hepatitis B - HB Fecha:					
Toxoide Tetanico - Diftérico - Td Fecha:					
Sarampión - Rubéola - SR Fecha:					
Otros Biológicos:					
Influenzae Fecha:					
H1N1 Fecha:	COLESTIOMA NOVARTIS				
Fecha:					

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	13/09/09	428718	Fluvirin	
Otras				

Orden No:	**8228411**	Fecha de ingreso:	22-Aug-2018 3:26 pm
Paciente:	**GUALDRON GARCIA ELIANA TERESA**	Fecha de impresion:	29/09/2018
Documento Id:	CC 401039989	Edad:	42 Años 7 meses 28 dias Sexo F
E.P.S:	HOS-USAQUEN	Telefono:	3003575288
Sede:	ORQUIDEA	Cama:	
Servicio:	CONSULTA EXTERNA.	Procedencia:	

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia

ANEXOS

LABORATORIO CLINICO MEDICO COLCAN

90302398

Nombre.	GUALDRON GARCIA TERESA	Fecha de recepcion:	03-sep-2018 12:10 pm
Identificacion	CC 401039989 Tel.	Fecha de Impresion:	14-sep-2018 10:09 am
Edad	42 Años 0 Meses 0 Dias Sexo F	Empresa	ANALISIS TECNICOS LTDA
Medico	MEDICOS VARIOS	Sede	REFERENCIA
No. Ordenamiento	8228411	Fecha Validacion	03-sep-2018 3:22:00p.m. Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	MAYOR DE 1000	mUI/ml	
Metodo: Quimioluminiscencia			

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 9 mUI/ml
Indeterminado: De 9 a 11 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 11 mUI/ml

Andrea Luis

MEDICAL GLOBAL CENTER SAS
Licencia Salud Ocupacional No. 9686 del 16/09/2011

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Bogotá, Diciembre 18 de 2018 14:39



EXAMEN DE: INGRESO

Control: 0

DATOS GENERALES

No Identificación: 40039989 **Paciente:** GUALDRON GARCIA ELIANA TERESA

Fecha Nacimiento: Diciembre 25 de 1975 **Lugar:** BOGOTA **Edad:** 42

Estado Civil: SOLTERO **No Hijos:** 1 **Sexo:** Femenino

Escolaridad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

DATOS LABORALES

Empresa: PARTICULAR
EPS: COOMEVA
ARP: SEGUROS BOLIVAR
CARGO: INSTRUMENTARIA QUIRURGICA

Empresa Misión: NO APLICA
Act.Económica:
AFP: SEGURO SOCIAL

EXAMENES PARACLINICOS

Audiometria: NO APLICA

Visiometria NO APLICA

Psicometrico: NO APLICA

Espirometria NO APLICA

Optometria NO APLICA

Otros: ENFASIS OSTEOMUSCULAR REALIZADO

NO APLICA

CONCEPTO MEDICO: APTO CON RECOMENDACIONES

RESTRICCIONES
EVITAR MOVIMIENTO REPETITIVO EN MIEMBROS SUPERIORES
EVITAR MANEJO DE CARGAS SUPERIORES A 10 KG EN MIEMBROS SUPERIORES
EVITAR MOVIMIENTOS DE FUERZA Y ROTACION DE MANOS

RECOMENDACIONES
CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA. EJERCICIO CARDIOVASCULAR FRECUENTE
USO DE MEDIAS DE COMPRESION VENOSA, CUIDADOS VASCULARES DE MIEBROS SUPERIORES
VALORACION POR ORTOPEDIA EPS

Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna
Incluir programa vigilancia epidemiologica en ERGONIMICO

OBSERVACIONES

Declaración del trabajador. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen medico están completas, son veridicasy permitieron la elaboración del presente certificado médico, otorgué mi consentimiento libre e informado para la realizacion de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional

JAIRO ALBERTO HUERTAS		FIRMA DEL PACIENTE
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		NOMBRE GUALDRON GARCIA ELIANA TERESA
REGISTRO MÉDICO 1011112		CEDULA 40039989
LICENCIA S.O. LO 1348815		

Scanned by CamScanner

CUNDINAMARCA
unidos podemos más

CERTIFICADO PROVISIONAL DE RADICACIÓN

DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

NOMBRE	N° DOCUMENTO:
Eliana Teresa Gualdron Garcia	40039989
SE ENCUENTRA TRAMITANDO:	**DESDE LA FECHA:**
CARNÉ DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA	Diciembre 11 - 2018

NOTA: DEBE TENER EN CUENTA LLAMAR ANTES DE RECLAMAR EL DOCUMENTO, EN NUESTRA DIRECCIÓN	FIRMA FUNCIONARIO QUIEN RECIBE	7491738

Secretaria de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:		CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca.

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No. 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Gualdrón	García	Elsa	Teresa		

TIPO DE IDENTIFICACION					No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP		40'039.989	Tunja (Boyacá)	1.994/06/20
PASAPORTE		OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
25/12/75	Bogotá	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X VIUDO(A) CASADO(A) DIVORCIADO(A) UNION LIBRE	1	1	3003575288

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO	TECNOLOGO	BACHILLER	OTRO	PRIMARIA	TECNICO	Instrumentadora Quirúrgica
								CUAL:

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CARR 9 # 57-73	Bogotá	Cundinamarca.	Colombia.	—

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
eli.75guldron@gmail.com		PROPIA	FAMILIAR X	ARRENDADA

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C.	C.E.	R.C.	NUIP			
PASAPORTE	OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI NO		NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR		PENSIONADO		CUAL:
SOCIO	CONTRATISTA X	COMERCIANTE		EMPLEADO PUBLICO		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO			OTRA. . . .		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
		SI	IVA	SI	NO X	
		NO X	ICA	SI X	NO	PRINCIPAL: SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI	NO X	SI	NO X	SI	NO X

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI [X] NO [ ]	SI [ ] NO [X]	Subred Centro Oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA											# NIT
GOBIERNO [ ]	SERVICIOS [X]	SALUD [ ]	EXPORTACIONES [ ]	AGRICOLA [ ]	ENERGETICA [ ]	FINANCIERA [ ]	TRANSPORTE [ ]	TECNOLOGIA [ ]	ALIMENTOS [ ]	MEDICAMENTOS [ ]	900959051-7

OTRA [ ] CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Dig 34 #5-43	344-4484	Bogota	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Instrumentadora Quirurgica	**FECHA VINCULACION**		18/11/2014

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	2'500.000	GASTOS FAMILIARES	2'000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 0	TOTAL EGRESOS	$ 0	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Camargo	Peters	paola ximena	Ximena
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
calle 15 Sur #10 31	Bogota/Cundinamarca	Amiga	3132014901

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Cuenta Ahorros	008400754444	20 de julio	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [ ] NO [X]

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIA [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS [ ] OTRA [ ] CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Instrumentadora Quirurgica

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilicitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA			
1.Fecha		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION		
1. Fecha	**2. Ciudad**	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:		
4. Lugar de la verificación:		
5. Observaciones:		
6. Firma y cédula:		

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 dias o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañias de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co) TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO***) y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude,***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD,***
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo de

Coomeva | EPS

NIT - 805000427

CERTIFICADO SEMANAS COTIZADAS
(NO VALIDO PARA MOVILIDAD EN EL SGSSS, USO DE SERVICIOS MÉDICOS NI PARA PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS)

Coomeva EPS se permite informar que la afiliada ELIANA TERESA GUALDRON GARCIA identificada con CC-40039989, está vinculada al Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Contributivo por intermedio de COOMEVA EPS S.A desde 26/01/2009 hasta 07/12/2018 en calidad de COTIZANTE CABEZA DE FAMILIA; y su estado actual es ACTIVO

Tipo y número Identificación	Nombres y Apellidos	Estado Afiliado	Tipo Afiliado	Parentesco Afiliado	Fecha Afiliacion	Fecha Retiro
CC-40039989	ELIANA TERESA GUALDRON GARCIA	ACTIVO	COTIZANTE	CABEZA DE FAMILIA	26/01/2009	
Semanas: Coomeva E.p.s. S.a. Cot =485 Ben =16 Semanas: Salud Total S.a.- Contributivo Cot = 127 Ben = 0 Total: 628						
TI-1011080731	LAURA ALEJANDRA CASTILLA GUALD	ACTIVO	BENEFICIARIO	HIJO	26/01/2009	
Semanas: Coomeva E.p.s. S.a. Cot =0 Ben =497 Semanas: Salud Total S.a.- Contributivo Cot = 0 Ben = 127 Total: 624						
CC-79601436	FERNANDO CALDERON	ACTIVO	COTIZANTE SEC	CONYUGE	21/07/2016	
Semanas: Coomeva E.p.s. S.a. Cot =4 Ben =117 Total: 121						

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse en las
Para constancia de lo anterior, se expide en a Diciembre 07 de 2018.
Cordialmente,

Kiosco de Información UBA AV80

¡Gracias por contar con Coomeva, Coomeva cuenta con usted!

Mod. Feb/2012 EPS-FT-419

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ELIANA TERESA GUALDRON GARCIA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **40039989,** se encuentra afiliado (a) desde **01/09/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/09/2016	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 07 de diciembre de 2018.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

40039989	BOLIVAR
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
ELIANA	TERESA	GUALDRON	GARCIA

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
25/12/1975	Bogotá	Carr 9#57-73	3003575288

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
COOMEVA	COLPENSIONES	$ 2,800,000

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
INSTRUMENDADORA QUIRURGICA	10/01/2018

Correo Electrónico	Celular
eli.75gualdron@gmail.com	3003575288

Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118759498

WEB
08:15:06

Bogotá DC, 04 de diciembre del 2018

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) ELIANA TERESA GUALDRON GARCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 40039989:

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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 07 de diciembre de 2018, a las 07:53:22, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	40039989
Código de Verificación	40039989181207075322

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.

Soraya Vargas P.
SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2582140

Bogotá D.C., 4 de Diciembre de 2018 - 8:07 am

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **ELIANA TERESA GUALDRON GARCIA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CUARENTA MILLONES TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVE** de TUNJA

40039989

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
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 figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_CQ9Q_078
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:02:43 horas del 07/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **40039989**

Apellidos y Nombres: **GUALDRON GARCIA ELIANA TERESA**

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.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Carrera 27 N° 18 - 41 (Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A

A QUIEN INTERESE

Bogotá **2018/12/07**
COLOMBIA

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora ELIANA TERESA GUALDRON GARCIA** con **Cédula de Ciudadanía** número **40039989** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número:	**008400754449**
Fecha apertura:	**2016/09/07**

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda

VIGILADO