

ANEXO ÚNICO
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 - EJÉRCITO NACIONAL / DIRECCIÓN DE SANIDAD adelanta la contratación directa cuyo objeto es prestar mis servicios profesionales como Médico General, para apoyar al Área de Consulta Externa.

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:

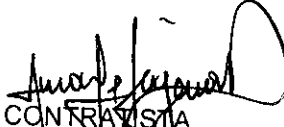
CLÁUSULA PRIMERA: COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATISTA: Mediante la suscripción del presente documento, asumo los siguientes compromisos:

- 1.1. EL CONTRATISTA no duplicará 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.

CLÁUSULA 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 restablecer su situación, previa indemnización del daño causado.

CLÁUSULA 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 Barranquilla del mes de Enero del 2023.


CONTRATISTA
CC. 1101690669



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Díaz		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Vanegas		NOMBRES Eliana Carolina	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1101690669			SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO D.M.			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 21 MES 04 AÑO 1992 PAÍS COLOMBIA DEPTO SANTANDER MUNICIPIO SOCORRO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 16 N 22 77 CASA ESQUINERA CENTRO PAÍS COLOMBIA DEPTO SANTANDER MUNICIPIO CHARALÁ TELÉFONO 3176894 EMAIL madonavanegas@hotmail.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		EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2008	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)															
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:															
TC (TÉCNICA)				TL (TECNOLÓGICA)				TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)				UN (UNIVERSITARIA)			
ES (ESPECIALIZACIÓN)				MG (MAESTRÍA O MAGISTER)				DOC (DOCTORADO O PHD)							
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).															
MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL								
		SI	NO		MES	AÑO									
PREGRADO	12	X		MEDICINA	11	2017	1101690669								

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS					
MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
VIRTUAL	La Organización Panamericana de la Salud	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	Precauciones basicas: Higiene de manos (covid 19)	11	2022
VIRTUAL	DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	LENGUAJE CLARO PARA SERVIDORES Y COLABORADORES PUBLICOS DE COLOMBIA	06	2022
VIRTUAL	LA ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PUBLICA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	ESTADISTICAS VITALES CERTIFICACION DE NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES	06	2022
VIRTUAL	COLMENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	HUMANIZACION DEL PACIENTE	05	2021
VIRTUAL	SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	ATENCION DE SERVICIO AL CUIDADANO	05	2021

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
VIRTUAL	POLITECNICO COHAN CIENCIAS DE LA SALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	MANEJO DEL DUELÓ	12	2020
VIRTUAL	SENA - ACESI	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	DESARROLLO DE ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD A TRAVES DE REDES Y RUTAS INTEGRALES EN SALUD	10	2020
VIRTUAL	POLITECNICO DE SURAMERICANA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	SOPORTE VITAL AVANZADO	06	2020
VIRTUAL	POLITECNICO DE COLOMBIA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	DIPLOMADO EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD DE LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	03	2020

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
ESPAÑOL			X			X			X
INGLÉS				X					

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL ANDRES CALA PIMENTEL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO PALMAR				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 3176894680			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO		
			Día	05	Mes	02	Año	2022	Día		
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA AREA DE URGENCIAS				DIRECCIÓN CALLE 5 - 3 07				
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - SIMACOTA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO SIMACOTA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 7261504			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO		
			Día	01	Mes	10	Año	2020	Día		
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA URGENCIA Y CONSULTA EXTERNA				DIRECCIÓN CARRERA 2 NORTE - 4 20				
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD EJERCITO NACIONAL DE COLOMBIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO SOCORRO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 3176894680			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO		
			Día	01	Mes	02	Año	2022	Día		
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA AREA CONSULTA EXTERNA				DIRECCIÓN AVENIDA 1 - VIA BOGOTA				

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD EJERCITO NACIONAL DE COLOMBIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO SOCORRO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	15	Mes	01	Año	2021	Día	31	Mes	12	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA AREA CONSULTA EXTERNA					DIRECCIÓN TRANSVERSAL 1 NORTE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - OIBA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO OIBA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3188371747			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	14	Mes	08	Año	2020	Día	30	Mes	09	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA URGENCIA Y CONSULTA EXTERNA					DIRECCIÓN					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - SIMACOTA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO SIMACOTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3125874367			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	03	Año	2019	Día	19	Mes	08	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA -URGENCIAS					DIRECCIÓN CARRERA 2 N 4 20					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE DE CHIMA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO CHIMA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3176438291			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	02	Año	2018	Día	31	Mes	01	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA CONS EXTERNA, URGENCIAS, HOSPI					DIRECCIÓN CALLE 1 - 6 ESTE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL COROMORO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO COROMORO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3115136722			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	07	Mes	11	Año	2017	Día	26	Mes	12	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA URGENCIAS					DIRECCIÓN CARRERA 6 N °3 10					

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:		Mes:	
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	4	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	5
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	6	6

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

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.

BIKAAAANAWCA 16-07-2023

Ciudad y fecha


NELSON SANTOS

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



Tipo de declaración

INGRESO

Fecha de publicación

2022-11-17 17:19

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ELIANA	CAROLINA	DIAZ	VANEGAS

Documento de identificación

Tipo

CEDULA DE CIUDADANIA

Número

1101690669

Lugar de nacimiento

País

COLOMBIA

Departamento

SANTANDER

Municipio

SOCORRO

Lugar de domicilio

País

COLOMBIA

Departamento

SANTANDER

Municipio

SOCORRO

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje

EJERCITO NACIONAL DE COLOMBIA 1

Lugar de sede

País

COLOMBIA

Departamento

BOGOTA

Municipio

BOGOTA

Dirección

["Avenida El Dorado Carrera 52 CAN"]

Cargo o función que cumple

CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$8.400.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$0,00
Gastos de representación	\$0,00
Arriendos	\$0,00
Honorarios	\$0,00
Otros ingresos y rentas	\$0,00
TOTAL	\$8.400.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$1.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí ☐ No ☒

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

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí☐

No☒

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí☐ No☒

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí☐ No☒

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí ☐ No ☒

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí ☐ No ☒

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño:

Sí ☐ No ☐

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento Número

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño:

Sí ☐ No ☒

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí ☐ No ☒

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí ☐ No ☒

- Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
 - > Establecimientos que posee.
 - > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
 - > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

**ENTIDAD RECEPTORA**

1.1. DE BIENES Y RENTAS

	Chaitana
Teléfonos	31 76894680

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Carlos Fabian Díaz Vaeegas	1098409318	Hermano
Maria Camila Díaz Vaeegas	1101692957	Hermana

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	55'800.000 =
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	0 =
GASTOS DE REPRESENTACION	0 =
ARRIENDOS	0 =
HONORARIOS	0 =
OTROS INGRESOS Y RENTAS	55'800.000
TOTAL	

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
Coomudeca	Ahorros	16 00078480		Socorro	19.470.979
Davivienda	Ahorros	1101040669		Socorro	26.000.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Carro	UTP374	5'000.000.-
Automovil	FLK 990	40'000.000.-

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
Consuelo Vanegas	Cuota Financiera	300.000 -

Pablo Hernandez	Cuota Financiera	500.000=

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
N/A	

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
N/A	

c) En la actualidad:

SI
NO X

tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

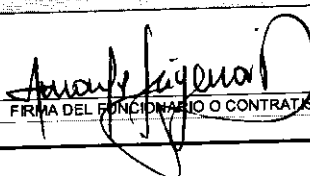
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION			N°
	C.C.	C.E.	T.I.	

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
N/A	

3. FIRMA



CIUDAD Y FECHA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA



Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente ELIANA CAROLINA DIAZ VANEGAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,101,690,669 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 839270170 aperturada el 6 de enero de 2022 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 5 de diciembre de 2022.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0839270170
Cuenta de 16 dígitos:	0839000200270170
Cuenta de 20 dígitos:	00130839000200270170

Firma autográfica

Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION NACIONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.101.898.859

DIAZ VANEGAS

APR 10 2008

ELIANA CAROLINA

COLOMBIA

ELIANA CAROLINA DIAZ

DIAZ VANEGA

APR 2008

ELIANA CAROLINA

WINN-DIXIE'S

~~Belmont, Charles, Jr.~~

SOCORRO
(SANTANDER)

A+
G.S. RH

F
SEXO

23-JUN-2010 SOCORRO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANSEL MACHETZ TORRES

INDICE DE RECHO



P-2719900-00249272-F-1101690669-20100810

0023361721A 1

32775261



La salud
es de todos

Minisalud



COLEGIO MÉDICO
COLOMBIANO

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ELIANA CAROLINA DIAZ VANEGAS

C.C. 1101690669

MÉDICO

Unidad médica cooperativa De Colombia

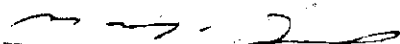
San Rafael

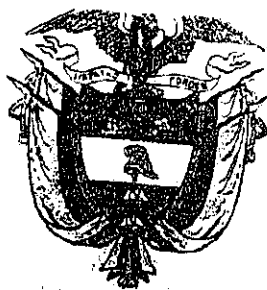
Grado: 26/01/2018

Rehús: 26/03/2019



Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolver al colegio médico c/umpalio Av. Conde 15 # 101-43 Oficina 501 - Edificio Avenida 15 #4, info@colegiomedico.com.co


Firma Representante Colegio Médico Colombiano



La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Colegio Integrado Helena Santos Rosillo

Charalá - Santander

Autorizado por la Secretaría de Educación Departamental de Santander según Resolución No. 0572 del 12 de Noviembre de 1998, y Fusionado con la Escuela de Primaria Helena Santos Rosillo mediante Resolución No. 07028 de Agosto 23 de 2001

Confiere a

Elana Carolina Díaz Vanegas

EL SUSCRITO NOTARIO DEL

CIRCULO DE CHARALÁ

DATE

Que la presente Fotocopia es igual en su contenido al original, el que he tenido a la vista.

14 ENE 2009



Identificado(a) con T.I. No. 920421-78138

de Charalá

El Título de

Bachiller Técnico

Con Especialidad en Comercio

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, de acuerdo con el P.E.I. del Colegio

Rectora



Gloria Cefina León Camelo

Gloria Cefina León Camelo

C.C. 28.098.412 de Charalá - Helena Santos Rosillo - Charalá

RECTORIA

Anotado en el Libro de Registro de Diplomas No. 002, Folio No. 0016

Dado en Charalá, a 5 de Diciembre de 2008

No requiere registro, según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995



DANE 368167000000
Inscripción S E

Colegio Integrado Helena Santos Rosillo

Charalá - Santander

En Charalá, a los veintisiete (27) días del mes de Noviembre de (2008), la Rectora y el Comité de Promoción del Grado undécimo del COLEGIO INTEGRADO HELENA SANTOS ROSILLO de Charalá, institución aprobada en el nivel de Básica Secundaria y Media Técnica autorizado por la Secretaría de Educación Pública del Departamento de Santander según resolución No. 0572 del 12 de Noviembre de 1998, y fusionado con la Escuela de Primaria "Helena Santos Rosillo" mediante Resolución 0703X del 23 de agosto de 2001, se reunieron para comprobar la situación legal y Académica de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a los Niveles de Precoordinación Básica y Media y procedieron a otorgar el Título de **BACHILLER TÉCNICO CON ESPECIALIDAD EN COMERCIO** al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

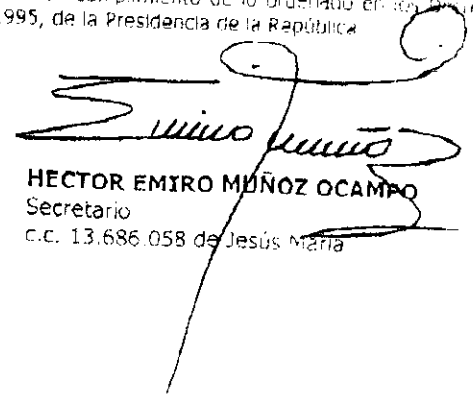
ELIANA CAROLINA DIAZ VANEGAS
T.I. 920421-78138 de Charalá

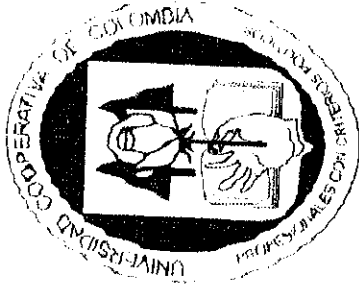
Es fiel copia tomada de su original, de fecha 27 Noviembre de 2008 que consta de (39) estudiantes graduados, firmada por **Gloria Celina León Camelo (Rectora)**

Dada en Charalá, a los cinco (05) días del mes Diciembre de Dos mil ocho (2.008).

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron en cumplimiento de lo ordenado en los Decretos 921 del 6 de mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la República


Lic. **GLORIA CELINA LEÓN CAMELO**
Rectora
C.C. 28.098.412 de Charalá
Colegio Integrado
Helena Santos Rosillo Charalá
RECTORIA


HECTOR EMIRO MUÑOZ OCAMPO
Secretario
C.C. 13.686.058 de Jesús María



UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Presupuesto Jurisdicción, Resolución 131195 del 20 de Diciembre de 1985 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 561 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1459 del 11 de Julio de 2002 emitida del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

ELIANA CAROLINA DIAZ VANEGAS

con cédula de ciudadanía No. 1.101.690.669 de Socorro

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

MÉDICA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en

Santa Marta el día 26 de Enero de 2018

Adriana Ospina
Directora(a) Sede

Guillermo J.
Rector(a)

Glenda Patricia Rivas J.
Secretario(a) General

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL



UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24193 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 1982, emanada del Ministerio de Educación Nacional

Acta Individual de Graduación No. 04-405-2018

PROGRAMA : MEDICINA

CODIGO SNIES: 3529

FECHA GRADO: 26 DE ENERO DE 2018

LUGAR UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SEDE SANTA MARTA

En atención a que ELIANA CAROLINA DIAZ VANEGAS con Cédula de Ciudadanía No 1.101.690.669 de Socorro cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de MÉDICA

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico de la Sede SANTA MARTA, mediante acta No 001 en sesión del día 17 de enero de 2018.

Para constancia se citan en este título las autoridades competentes: Rector(a), Director(a) de Sede, Decano(a) facultad y Secretario(a) General de la Universidad, así:

Rector(a) MARITZA RONDON RANGEL
Director(a) de sede: ADRIANA SANTARELLI FRANCO
Decano(a) facultad: SALIN RAMON TOUCHIE MEZA
Secretario(a) General: GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de SANTA MARTA el día 26 DE ENERO DE 2018

Gloria Patricia Rave
GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario(a) General

RESTRINGIDO



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
BATALLON DE ARTILLERÍA N°5 "CAPITÁN JOSE ANTONIO GALÁN"

2022874002802351

Al contestar, cite este número

Radicado N° 2022874002802351: MND-CGFM-COEJEC-SECEJ-JEMOP-DIV2-BR5-
BAGAL-EJE -S2-1.10

Socorro Santander, 28 de diciembre 2022.
Señor Coronel
DIEGO FERNANDO PATIÑO OROZCO
Jefe de Estado Mayor y Segundo Comandante Quinta Brigada
Avenida Quebrada seca Carrera 33ª-207
Bucaramanga, Santander

FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
QUINTA BRIGADA

30 DIC 2022

Asunto Solicitud Capacidades de Seguridad Militar.

Respetuosamente, me permito solicitar al señor Coronel Jefe de Estado Mayor y Segundo Comandante Quinta Brigada, autorice u ordene a quien corresponda realizar la gestión ante el Comandante del Comando de apoyo de combate de Contrainteligencia Militar, para que autorice al personal del Batallón de Seguridad Militar No 1 (BASMI1), realizar la visita domiciliaria, verificación de documentos y la respectiva elaboración del Concepto Perfil de Seguridad de un personal Civil (OPS) aspirante renovación de contrato para seguir laborando en el DISMEC de las Instalaciones de esta Unidad Táctica, así:

Nº.	GDO	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CELULAR	PROFESION
01	Civil	CRISTIAN FERNANDO QUIRÓS CASTAÑEDA	1098406835	3017842204	MÉDICO GENERAL
02	Civil	CALIXTO DE JESÚS ESCORCIA ANGUILA	72040781	3204038791	MEDICO GENERAL
03	Civil	DANIELA VILLEZCAS MEDINA	1100963840	3103577435	PSICÓLOGA
04	Civil	KARYN JULIBETH QUITIAN NAVARRO	37751478	3168007701	FISIOTERAPEUTA
05	Civil	CARMEN VIVIANA PALACIOS AREVALO	1116808256	3134987146	AUXILIAR ENFERMERIA
06	Civil	ELIANA CAROLINA DIAZ VANEGAS	1101690669	3176894680	MÉDICO GENERAL
07	Civil	JENNY PAOLA DIAZ CARREÑO	1101689550	3118606129	AUXILIAR ENFERMERIA
08	Civil	JENNY ROCÍO FRANCO CADENA	1098690207	3165100426	TRABAJADORA SOCIAL
09	Civil	SANDRA CAROLINA CASTRO VILLARREAL	37949438	3153808407	AUXILIAR ENFERMERIA
10	Civil	GINNA PAOLA	1101682272	3175272653	AUXILIAR

EJÉRCITO NACIONAL

PATRIA HONOR LEALTAD

Kilómetro 1 vía Socorro Bogotá

Batallón de Artillería N° 5 "Capitán José Antonio Galán" Barrio Nueva Feria

bagal@buzonejercito.mil.co - www.ejercitonacional.mil.co

RESTRINGIDO

RESTRINGIDO

Pág. 2 de 2

2022874002802351

Al contestar, cite este número

Radicado N° 2022874002802351: MND-CGFM-COEJEC-SECEJ-JEMOP-DIV2-BR5-BAGAL-EJE -S2-1.10

	ALTAMIRANDA PEREZ		ODONTOLOGIA
--	-------------------	--	-------------

Respetuosamente,

Mayor **ARIAS CRUZ ANDRES ABELINO**

Ejecutivo y Segundo Comandante (E) del Batallón de Artillería N° 5 "CT. José Antonio Galán"

Elabora: CP José Rojas
Suboficial SEG MIL S2 BAGAL

Revisó: SV David Márquez
Suboficial de Inteligencia y Contrainteligencia S2 BAGAL

EJÉRCITO NACIONAL

PATRIA HONOR LEALTAD

Kilómetro 1 vía Socorro Bogotá

Batallón de Artillería N° 5 "Capitán José Antonio Galán" Barrio Nueva Feria

bagal@buzonajercito.mil.co · www.ejercitonacional.mil.co

RESTRINGIDO



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:04:00 PM horas del 15/12/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1101690669

Apellidos y Nombres: **DIAZ VANEGAS ELIANA CAROLINA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las **instalaciones de la Policía Nacional** más cercanas.



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



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.



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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 15 de diciembre de 2022, a las 16:03:21, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1101690669
Código de Verificación	1101690669221215160321

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

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


YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB





CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 211529781



WEB

16:02:38

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 15 de diciembre 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) ELIANA CAROLINA DIAZ VANEGAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1101690669:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :

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

División de Relacionamento con el Ciudadano.
Línea gratuita 018000910315; quejas@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; 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, 15/12/2022 04:04:33 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1101690669** .

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. **48667240** . 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 Busqueda

Imprimir

515 9000



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



El futuro
es de todos

ES UN
HONOR
SER POLICÍA

DIAN POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 14829470639			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 11016906693		6. DV 3		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Bucaramanga		14. Buzón electrónico	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento 2 Cédula de Ciudadanía		26. Número de identificación 1101690669		27. Fecha expedición 20100623	
Lugar de expedición COLOMBIA		28. País 169		29. Departamento Santander		30. Ciudad/Municipio Socorro 755	
31. Primer apellido DIAZ		32. Segundo apellido VANEGAS		33. Primer nombre ELIANA		34. Otros nombres CAROLINA	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento 169 Santander		40. Ciudad/Municipio 68 Charalá		167	
41. Dirección principal CR 16 22 77							
42. Correo electrónico madonavanegas@hotmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1 3176894680			
				45. Teléfono 2			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
48. Código 8621	47. Fecha inicio actividad 20180301	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 49							
49 - No responsable de IVA							
Obligados aduaneros				Exportadores			
54. Código				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3			
				57. Modo 58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos Si No X		60. No. de Folios 0		61. Fecha 2023-01-12/10:43:55			
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 1825 de 2016 Firma del solicitante:				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 984. Nombre DIAZ VANEGAS ELIANA CAROLINA			

Inicio | Usuarios registrados

Consulte su estado RUT.

Consulte el estado de su Registro Único Tributario (RUT).

Por favor suministre los siguientes datos

1101690669

Identificación Tributaria

DV

3

Primer Apellido

DIAZ

Segundo Apellido

VANEGAS

Primer Nombre

ELIANA

Segundo Nombre

CAROLINA

Fecha de Emisión

07-11-2022 17:26:28

Estado

REGISTRO ACTIVO

Registro Activo

Corresponde a los NIT que se encuentran vigentes en la base de datos de la DIAN

 Guardar

 Limpiar



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Escritorio → Configuraciones de Perfil

Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

UTC -5 11:41:10

ELIANA CAROLINA D...

Buscar...

Id de página: 14005862 Ayuda ?

Editar

Información del usuario

Género	Mujer
Cargo	MEDICO GENERAL
Título	Dr(a)
Nombre	ELIANA CAROLINA
Apellidos	
Fecha de Nacimiento	
Nombre y apellido	ELIANA CAROLINA DIAZ VANEGAS
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1101690669
Dirección	CARRERA 16 N.22-77
Código postal	
Estrato	
Ubicación	CHARALA
País	COLOMBIA
Correo electrónico	madonavanegas@hotmail.com
Teléfono	3176894680
Celular	3176894680
Nivel Educativo	

Configuración

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

Idioma Español (Colombia)

Configuración regional Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad ¿Cuál es tu apodo?

Respuesta nana

SMS para recuperar la contraseña 3176894680

Editar

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BÁSICA

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Fecha de Corte	2022-11-04
CC 1101690689	ELIANA	CAROLINA	DIAZ	VANEGAS	Sexo	F

AFILIACIÓN A SALUD

Administradora	Regimen	Fecha Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio	Fecha de Corte	2022-11-04
NUEVA EPS S.A	Contributivo	01-04-2014	Activo	COTIZANTE	CHIARAIA		

AFILIACIÓN A PENSIONES

Regimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Fecha de Corte	2022-11-04
PENSIONES AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2011-08-02	Retirado		
PENSIONES PRIMA MEDIA	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	2018-05-01	Activo cotizante		

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Económica	Fecha de Corte	2022-11-04
RIESGOS PROFESIONALES COLMENA SA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA	2018-07-01	Activa	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD CON INTERNACION INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL	Municipio Labora	Santander- CHIRIAA
RIESGOS PROFESIONALES COLMENA SA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA	2020-08-21	Activa	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD CON INTERNACION INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA 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- OIBA	

AFILIACIÓN A COMPENSACION FAMILIAR

No se han reportado afiliaciones para esta persona.	Fecha de Corte	2022-11-04
---	----------------	------------

AFILIACIÓN A CESANTIAS

No se han reportado afiliaciones para esta persona.	Fecha de Corte	2022-11-04
---	----------------	------------

PENSIONADOS

No se han reportado pensiones para esta persona.	Fecha de Corte	2022-11-04
--	----------------	------------

VINCULACION A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

No se han reportado vinculaciones para esta persona.	Fecha de Corte	2022-11-04
--	----------------	------------

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACION REPORTADA AL RLAF. CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA 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 5080. Fax: (57-1) 330 5050.

Fecha: 11/7/2022 4:47:18 PM



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ELIANA CAROLINA DIAZ VANEGAS identificado(a) con CC 1101690669 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/08/2018
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN ROQUE DE SIMACOTA
Categoría:	B

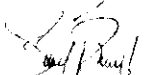
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 7 días del mes de noviembre del año 2022.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,


Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ELIANA CAROLINA DIAZ VANEGAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1101690669**, se encuentra afiliado/a desde **01/05/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 07 de noviembre de 2022.


Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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



CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	DIAZ VANEGAS ELIANA CAROLINA
IDENTIFICACIÓN:	CC 1101690669
INICIO VIGENCIA:	17/01/2021
FECHA INICIO CONTRATO:	16-01-2021
FECHA FIN CONTRATO:	31-12-2022
TIPO DE TRABAJADOR:	Independiente
SEDE:	III
CLASE:	3
TASA:	2,436

DATOS CONTRATANTE

CONTRATANTE:	DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR
CC /NIT:	NI 901440188
CONTRATO:	95226002
ESTADO ACTUAL CONTRATO:	ACTIVO

La presente se expide a los 15 días del mes de diciembre del año 2022.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 6014010447 en Bogotá.

Cordialmente,

Gerente de Servicio

Colmena Seguros

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de Colmena Seguros, el día 15/12/2022 16:20:37. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

	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: _____ Acta No 0012

ESM: BAGAL

Sección: CONSULTA EXTERNA.

Tipo Vinculación: PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

Cargo: MEDICO GENERAL

Yo, ELIANA CAROLINA DIAZ VANEGAS Identificado(a) con C.c. 1101690669 de SOCORRO
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.

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.
- Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.

	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

- 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.

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.

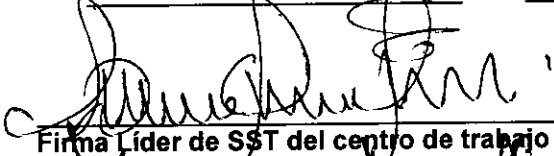
Es obligación del trabajador informar a su superior inmediato la ocurrencia de un accidente de trabajo en el momento que este suceda. Este debe ser reportado a la ARL y la DISAN dentro de los dos días hábiles siguientes (48 horas) de ocurrido el accidente de trabajo.

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 _____


Firma Líder de SST del centro de trabajo del ESM BAGAL


Firma director centro de trabajo ESM BAGAL

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, rempícelas 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.

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

ELIANA CAROLINA DIAZ VANEGAS

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

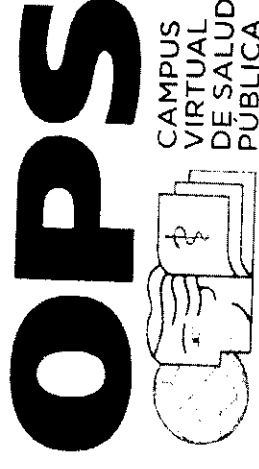
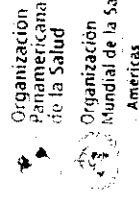
Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

7 de noviembre de 2022

Horas: 1



Dra. Carissa F. Etienne
Directora





NIT. 901073980 - 4
Carrera 10 No. 16 - 33. San Gil - Santander
Cel. 310 273 2388 - 3167410048 - Tel 7237917
E-mail. cemesoipssas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 10.429

TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

05 01 2021
DIA MES AÑO
SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA)
Ciudad

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO

PARTICULARES

Nombre de la empresa

Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

DIAZ VANEGAS ELIANA CAROLINA

Genero

Edad

Documento de Identificación

FEMENINO

28 AÑOS 8
MESFS 18

CC

1101600669

Apellidos y Nombres

Cargo

MEDICO GENERAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: NO APLICA

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

N/A

RESTRICCIONES LABORALES

SIN RESTRICCIONES LABORALES

TIPO

NO APLICA

RECOMENDACIONES

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL (INGRESO PERIODICO, EGRESO)

AUDIOMETRÍA

VISIOMETRÍA

RECOMENDACIONES MÉDICAS

VALORACIÓN POR EPS: MEDICINA GENERAL

ESPECIALISTA: NUTRICION

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

USO DE EPP: EN EL PUESTO DE TRABAJO

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL MÍNIMO DOS
VECES A LA SEMANA

HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES: DIETA Y EJERCICIO

HACER DEPORTE MÍNIMO 30 MINUTOS DÍA POR
CINCO DÍAS A LA SEMANA

DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

BUENAS CONDICIONES GENERALES. EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL NORMAL. NO PRESENTA SIGNOS SUGESTIVOS DE COVID 19. PORCENTAJE DE SATURACIÓN NORMAL. TEMPERATURA NORMAL. NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. PACIENTE CON ALTERACIÓN DEL PESO CORPORAL DADO POR OBESIDAD. SE RECOMIENDA CAMBIO DE HÁBITOS ALIMENTICIOS Y EJERCICIO FÍSICO. REPORTE DE AUDIOMETRÍA NORMAL. REPORTE DE VISIOMETRÍA NORMAL. PUEDE INICIAR LAS ACTIVIDADES LABORALES PARA LAS QUE SERÁ CONTRATADA.

EN LA PRESENTE EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL SE VALIDARON LAS RESPUESTAS DADAS POR EL USUARIO EN LA ENCUESTA DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS PARA ENFERMEDAD POR COVID-19 DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS DEFINIDOS POR EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD Y SE REALIZÓ TOMA DE TEMPERATURA CORPORAL. EN SU INTERROGATORIO NEGÓ SINTOMATOLOGÍA O CONTACTO EPIDEMIOLÓGICO QUE HICIERA SOSPECHAR DICHA CONDICIÓN NOSOLÓGICA. AL EXAMEN FÍSICO NO SE ENCONTRÓ EVIDENCIA DE ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA POBLACIÓN DE MANEJO ESPECIAL O DE MAYOR RIESGO. EN EL MARCO DE LA ACTUAL PANDEMIA, PARA PREVENIR EL CONTAGIO DEL SAR -COV -2 Y LA ENFERMEDAD COVID-19, EN ATENCIÓN A LAS ACCIONES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA A LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEFINIDAS EN LA RESOLUCIÓN 0666 DE 2020 Y LAS ACLARACIONES DADAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 030 DE 2020. SE DEBE TENER EN CUENTA QUE EL EVALUADO NO PRESENTA NINGUNA PATOLOGÍA O CONDICIÓN PRE EXISTENTE, DE ALTO RIESGO PARA ENFERMEDAD GRAVE POR COVID-19. QUE GENERE LIMITACIÓN PARA EL DESEMPEÑO DEL CARGO. SIN EMBARGO, SU ACTUAL ESTADO DE SALUD NO GARANTIZA QUE EL TRABAJADOR EN DÍAS POSTERIORES PUEDA PRESENTAR INFECCIÓN POR SARS -COV -2, CASO EN EL CUAL DEBERÁ REALIZARSE UNA VALORACIÓN MÉDICA EN SU ENTIDAD DE SALUD PARA DEFINIR EL MANEJO.

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Edgar Fernando Pinzon Lasprilla

Firma:

Nombre: PINZON LASPRILLA EDGAR FERNANDO

R.M.: 01419 SSS

L.S.O.: 02437 SSS



Código de Seguridad
Z198F1L16429

Aspirante o Trabajador

Eliana Carolina Diaz Vanegas

Firma:

Nombre: DIAZ VANEGAS ELIANA CAROLINA

CC: 1101690660



NIT. 901073980 - 4
Carrera 10 No. 16 - 33, San Gil - Santander
Cel. 310 273 2388 - 3167410048 - Tel 7237917
E-mail. cemesoipssas@gmail.com



ANEXO DE EXAMEN FÍSICO DE VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR

DATOS PERSONALES					
Ciudad y Fecha: SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA) 19/09/2022 - 09:09 A. M.					
Tipo Evaluacion Medica: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO					
Empresa: PARTICULARES			Cargo: MEDICO GENERAL		
Nombres y Apellidos: DIAZ VANEGAS ELIANA CAROLINA		:CC 1101690669	de SAN GIL	Fecha de Nacimiento: 21/04/1992 12:00	
Edad: 29 AÑOS 8 M		Lugar de Nacimiento: SOCORRO (SANTANDER, COLOMBIA)		Dir. Residencia: CRA 16 22- 77	
Estudios: TECNÓLOGO		Estado Civil: SOLTERO(A)		E.P.S: NUEVA EPS	A.F.P: NO REFIERE
A.R.L: NO REFIERE					

ANTECEDENTES RIESGOS ERGONOMICOS					
Empresa	Cargo	Manipulación	Postura Habitual	Movimiento	Tiempo

POSTURA ESTÁTICA	
ABDOMEN	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
CABEZA	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
HOMBROS	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
MIEMBROS INFERIORES	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
MIEMBROS SUPERIORES	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
OTRA ¿CUÁL?	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
PELVIS	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
TRONCO	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL

ARCOS DE MOVILIDAD	
CODO EXTENSIÓN 180°	NORMAL
CODO FLEXIÓN 145°	NORMAL
CODO PRONACIÓN 90°	NORMAL
CODO SUPINA 90°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL EXTENSIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL FLEXIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL INCLINACIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL ROTACIÓN 30°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO ABDUCCIÓN 20°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO ADUCCIÓN 20°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO EXTENSIÓN 40°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO FLEXIÓN 90°	NORMAL
HOMBRO ABDUCCIÓN 180°	NORMAL
HOMBRO ADUCCIÓN 30-45°	NORMAL
HOMBRO CIRCUNDUCCIÓN 360°	NORMAL
HOMBRO EXTENSIÓN 30°	NORMAL
HOMBRO FLEXIÓN 180°	NORMAL
HOMBRO ROTACIÓN EXTERNA 90°	NORMAL
HOMBRO ROTACIÓN INTERNA 90°	NORMAL
MUÑECA DESVIACIÓN EXTERNA 45°	NORMAL

MUÑECA DESVIACIÓN INTERNA 15°	NORMAL
MUÑECA FLEXIÓN DORSAL 80°	NORMAL
MUÑECA FLEXIÓN PALMAR 85°	NORMAL
OTRA ¿CUÁL?	

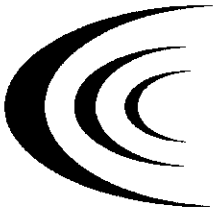
EXTREMIDADES SUPERIORES	
FINKELSTEIN DERECHO	NEGATIVO
FINKELSTEIN IZQUIERDO	NEGATIVO
OTRA ¿CUÁL?	
PHALEN DERECHO	NEGATIVO
PHALEN IZQUIERDO	NEGATIVO
TINEL DERECHO	NEGATIVO
TINEL IZQUIERDO	NEGATIVO

EXTREMIDADES INFERIORES	
LASSEGUE DERECHO	NEGATIVO
LASSEGUE IZQUIERDO	NEGATIVO

COLUMNA VERTEBRAL	
CIFOSIS DORSAL	NO
ESCOLIOSIS	NO
ESPALDA PLANA	NO
LORDOSIS CERVICAL	NO
LORDOSIS LUMBAR	NO
OTRA ¿CUÁL?	
PRUEBA DE SCHOBER	CMS
RECTIFICACIÓN (SEGMENTO?)	NO
ROTOESCOLIOSIS	NO
TEST DE WELLS	NORMAL

OBSERVACIONES	
DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES NO SE EVIDENCIAN ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES	

MÉDICO		TRABAJADOR	
Firma:		Firma:	
Nombre:	PINZON LASPRILLA EDGAR FERNANDO	Nombre:	DIAZ VANEGAS ELIANA CAROLINA
R. M.:	01419 SSS	CC	1101690669
L.S.O.:	02437 SSS		



CEMESO IPS SAS

EDGAR FERNANDO PINZON LASPRILI

CRA 10 NO. 16-33 00 SAN GIL,
COLOMBIA

7237917 CEL 31027323

ELIANA CAROLINA DIAZ VANEGAS

Nº 1101690669

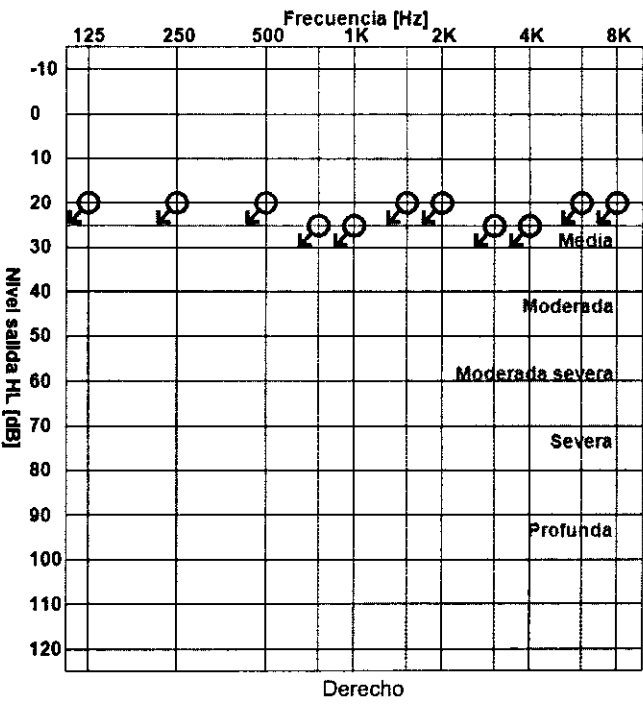
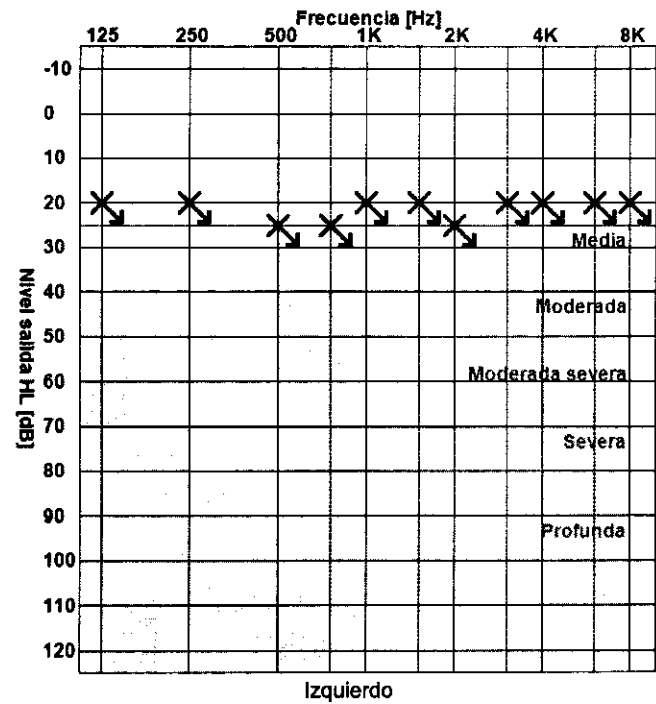
Fecha nacimiento 21/04/1992

Edad 28

Empresa/ Escuela PARTICULARES

5/01/2021 10:38 a. m.

	125	250	500	750	1K	1.5K	2K	3K	4K	6K	8K
Aerea izquierda	(20)	(20)	(25)	(25)	(20)	(20)	(25)	(20)	(20)	(20)	(20)
Aereo derecha	(20)	(20)	(20)	(25)	(25)	(20)	(20)	(25)	(25)	(20)	(20)



Notas:

DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES –EDGAR FERNANDO PINZON LASPRILLA, 2021-01-05 10:40:12

Legend	L	R
AC	×	○
AC - Masked	□	△
BC	>	<
BC - Masked	]	[
MCL	M	M
UCL	U	U
AC - Mask Level	—	—
BC - Mask Level	┌	┐

Fernando Pinzon
Dr. Edgar Fernando Pinzon Lasprilla

Usuario: EDGAR FERNANDO PINZON LASPRILLA

 República de Colombia Gobierno de Santander	RESOLUCION	CÓDIGO	AP-JC-RG-89
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	22/05/2017
		PÁGINA	1 de 1

RESOLUCION NÚMERO **00 - 16514** DE 2017

POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

CONSIDERANDO:

Que la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) – CENTRO MEDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y LABORAL IPS SAS – CEMESO IPS SAS – con NIT No 901.073.980-4 ubicada en la Calle 16 # 9 – 76 del Municipio de San Gil - Santander, representada legalmente por CLARA ISABEL TEJADA GUTIERREZ, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 57.412.434, ha solicitado licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la expedición de la Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

RESUELVE:

ARTÍCULO 1: Otórguese LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: La Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) – CENTRO MEDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y LABORAL IPS SAS – CEMESO IPS SAS – con NIT No 901.073.980-4, ubicada en la Calle 16 # 9 – 76 del Municipio de San Gil - Santander, representada legalmente por CLARA ISABEL TEJADA GUTIERREZ, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 57.412.434 para la prestación de servicios en las áreas profesionales de: MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, INVESTIGACION, EDUCACION, CAPACITACIÓN, DISEÑO, ADMINISTRACIÓN Y EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, con destino a la prestación de servicios médicos ocupacionales, asesorías y capacitación.

ARTÍCULO 2: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaria de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTÍCULO 4: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bucaramanga a los

27 OCT. 2017

LUIS ALEJANDRO RIVERO OSORIO
 Secretario de Salud Departamental

Revisó y VoDq
 Proyectó

Salvador Rincón Santos – Director de Desarrollo Vigilancia y Control
 Elizabeth Caballero Zabala – Grupo de Acreditación en salud S.O.G.C.

[illegible]



La salud
es de todos

Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

Eliana Carolina

Apellidos:

Díaz Vanegas

Documento
de identidad:

C.C. X.T.I.

Pasaporte

No.

1101690669

Fecha de
nacimiento:

Día

21

Mes

04

Año

1992

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	03/03/2021	CORONAVAC SINOVAC	2021000044	ESE Hospital Integrado San Roque	Johanna Cala	28.411.719
	2	05-Abr/2021	CORONAVAC SINOVAC	20210202	ESE Hospital San Roque Simacota	Johanna Cala	28411.719
		01/12/21	Asitraz-neca	NL0074	ESE Hospital San Roque Simacota	Johanna Cala	28411719

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	4	27 JULIO 2022	Pfizer	20220074	ESE Hospital San Roque Simacota	Johanna Cala	28.411.719
	2						



La salud
es de todos

Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres:

Eliana carolina

Apellidos:

Vanegas Diaz

Documento
de identidad:

C.C.X.T.L. Pasaporte PEP otro: cuál:

No.

1101690699

Fecha de
nacimiento:

Día 21 Mes 04 Año 1992

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única	10-05-12	300185301	Esjella G
Fiebre Amarilla	Única	29-10-21	T3G271V	Alida Cala.
Toxoide Tetánico - Diférico (Td)	1	24-06-08		
	2	16-04-09	EU400711A	Rosa
	3	24-05-21	024L9006A	Terese
	4	21-10-22	2331102AB	Johana Cala
	5	21-06-2023		
Neumococo TdaP acelular	1	18-01-21	T015762	Yuly Acevedo
Meningococo VPH	1	18-01-21	U6784AD	Yuly Acevedo
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	13-04-09	03418031A	Jakeline Navas
	2	27-05-09	I3418031A	Jakeline Navas
	3	18-09-09	8C100VO	Jakeline Navas
Antirrábica	1	10-12-09	B0599-1	Sonia
	2	13-12-09	B0599-1	Sonia
	3	15-01-10	B0599-1	Sonia
	4	24-12-09	B0599-1	Sonia
Influenza estacional	Anual	15-11-21	P100312087	Johana Cala
Otras	T. Viral	16-04-10	EU1376	Terese G
	Hep. A	18-01-21	R3K284	Yuly Acevedo

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	21/10/21	T3G271V	Johana Cala
Toxoide Tetánico - Diférico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	11/11/22	P100312087	Johana Cala
Otras	Inf. Hep. A	23-06-22	V50222005	Johana Cala

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diférico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1	27/10/22		Johana Cala
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			

Registro de aplicación de biológicos

A continuación encontrará el registro de aplicaciones de biológicos según su estado del usuario consultado. Registre una nueva aplicación o actualice alguna existente seleccionando en la tabla el registro que desea gestionar.



ELIANA CAROLINA DIAZ VANEGAS

Fecha de nacimiento

21/04/1992 00:00

Edad

30 años, 8 meses y 22 días

Motivo de Priorización

Sin motivo

- INFORMACIÓN USUARIO
- REALIZAR SEGUIMIENTO

A continuación, usted puede realizar el registro y actualización de las dosis aplicadas para cada usuario.

Seleccione el rango de edad

Sin rango de edad

- Esquema PAI
- Esquema PAI adicional
- Esquema particular

Resultados Obtenidos: 63

Número de resultados por página: 10

Acción	Rango de edad	Dosis biológico	Esquema	Fecha de aplicación	Observaciones
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	TD Adulto	Primer Refuerzo	
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	TD Adulto	Segundo Refuerzo	
DETALLE	Sin rango de edad	Aplicada	TdaP Acelular Gestantes	Anual	27/10/2022

[Principio](#) [Anterior](#) 3 4 5 6 [Siguiente](#) [Fin](#)

Motivo de Priorización

Sin motivo

- INFORMACIÓN USUARIO
- REALIZAR SEGUIMIENTO

A continuación, usted puede realizar el registro y actualización de las dosis aplicadas para cada usuario.

Seleccione el rango de edad

Sin rango de edad

- Esquema PAI
- Esquema PAI adicional
- Esquema particular

Resultados Obtenidos: 63			Número de resultados por página: 10		
Acción	Edad	Estado de la dosis	Nombre de la vacuna	Orden de aplicación	Fecha de aplicación
DETALLE	Sin rango de edad	Similar ya aplicado	COVID PFIZER	Segunda	05/01
DETALLE	Sin rango de edad	Similar ya aplicado	COVID PFIZER	Primer Refuerzo	01/12
DETALLE	Sin rango de edad	Aplicada	COVID PFIZER	Segundo Refuerzo	27/01
DETALLE	Sin rango de edad	Aplicada	COVID SinoVac	Primera	08/01
DETALLE	Sin rango de edad	Aplicada	COVID SinoVac	Segunda	05/01
DETALLE	Sin rango de edad	Similar ya aplicado	COVID SinoVac	Primer Refuerzo	01/12
DETALLE	Sin rango de edad	Similar ya aplicado	COVID SinoVac	Segundo Refuerzo	27/01
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Hepatitis A Adultos	Primera	
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Hepatitis A Adultos	Segunda	
DETALLE	Sin rango de edad	Aplicada	Hepatitis B Adultos	Primera	17/04
Principio Anterior 2 3 5 6 Siguiente Fin					

A continuación, usted puede realizar el registro y actualización de las dosis aplicadas para cada usuario.

Seleccione el rango de edad

Sin rango de edad

x

Esquema PAI

Esquema PAI adicional

Esquema particular

Resultados Obtenidos: 63

Número de resultados por página: 10

Acción	Edad	Estado	Nombre de la vacuna	Nombre de la vacuna	Fecha de aplicación
DETALLE	Sin rango de edad	Aplicada	Hepatitis B Adultos	Segunda	27/09/2023
DETALLE	Sin rango de edad	Aplicada	Hepatitis B Adultos	Tercera	18/09/2023
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Hepatitis B Adultos	Refuerzo	
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Influenza Adultos	Anual	
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Influenza Adultos	Anual	
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Influenza Adultos	Anual	
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Influenza Adultos	Anual	
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Inmonoglobulina AntihepatitisB	Única	
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Inmunoglobulina Antidifterica	Única	
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Inmunoglobulina Antirrábica Hu	Única	
Principio Anterior 3 4 6 7 Siguiente Fin					

A continuación, usted puede realizar el registro y actualización de las dosis aplicadas para cada usuario.

Seleccione el rango de edad

Sin rango de edad

x

Esquema PAI

Esquema PAI adicional

Esquema particular

Resultados Obtenidos: 63

Número de resultados por página: 10

Acción	Edad	Estado Vacunológico	Enfermedad	Dosis	Fecha
DETALLE	Sin rango de edad	Aplicada	Hepatitis B Adultos	Segunda	27/09/2023
DETALLE	Sin rango de edad	Aplicada	Hepatitis B Adultos	Tercera	18/09/2023
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Hepatitis B Adultos	Refuerzo	
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Influenza Adultos	Anual	
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Influenza Adultos	Anual	
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Influenza Adultos	Anual	
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Influenza Adultos	Anual	
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Inmunoglobulina AntihepatitisB	Única	
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Inmunoglobulina Antidifterica	Única	
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Inmunoglobulina Antirrábica Hu	Única	

[Principio](#) [Anterior](#) 3 4 5 6 7 [Siguiente](#) [Fin](#)

INFORMACIÓN USUARIO

REALIZAR SEGUIMIENTO

A continuación, usted puede realizar el registro y actualización de las dosis aplicadas para cada usuario.

Seleccione el rango de edad

Sin rango de edad x ▼

Esquema PAI **Esquema PAI adicional** Esquema particular

Resultados Obtenidos: 63

Número de resultados por página: 10 ▼

Acciones	Rango de edad	Fecha de aplicación	Nombre de vacuna	Orden de aplicación	Fecha de vencimiento
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Inmunoglobulina Antitetánica	Única	
DETALLE	Sin rango de edad	Similar ya aplicado	Meningococo tetravalente ACY	Primera	18/01
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Meningococo tetravalente ACY	Segunda	
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Meningococo tetravalente ACY	Refuerzo	
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Suero Antirrabico	Única	
DETALLE	Sin rango de edad	Aplicada	TD Adulto	Primera	04/01
DETALLE	Sin rango de edad	Aplicada	TD Adulto	Segunda	16/01
DETALLE	Sin rango de edad	Aplicada	TD Adulto	Tercera	24/01
DETALLE	Sin rango de edad	Aplicada	TD Adulto	Cuarta	21/10
REGISTRO	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	TD Adulto	Quinta	

[Principio](#) [Anterior](#) 3 4 5 7 [Siguiente](#) [Fin](#)

Registro de aplicación de biológicos

A continuación encontrará el registro de aplicaciones de biológicos según su estado del usuario consultado. Registre una nueva aplicación o actualice alguna existente seleccionando en la tabla el registro que desea gestionar.



ELIANA CAROLINA DIAZ VANEGAS

Fecha de nacimiento

21/04/1992 00:00

Edad

30 años, 8 meses y 22 días

Motivo de Priorización

Sin motivo

INFORMACIÓN USUARIO

REALIZAR SEGUIMIENTO

A continuación, usted puede realizar el registro y actualización de las dosis aplicadas para cada usuario.

Seleccione el rango de edad

Sin rango de edad

X 

Esquema PAI

Esquema PAI adicional

Esquema particular

Resultados Obtenidos: 63

Número de resultados por página: 10

<u>Detalle</u>	Edad	Indicadorológico	Indicadorológico	Edad	Edad
<u>DETALLE</u>	Sin rango de edad	Similar ya aplicado	Antirrábica Humana Intradermic	Primera	10/12
<u>DETALLE</u>	Sin rango de edad	Similar ya aplicado	Antirrábica Humana Intradermic	Segunda	13/12
<u>REGISTRO</u>	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Antirrábica Humana Intradermic	Tercera	
<u>DETALLE</u>	Sin rango de edad	Aplicada	Antirrábica Humana Intradermic	Cuarta	24/12
<u>DETALLE</u>	Sin rango de edad	Aplicada	Antirrábica Humana Intradermic	Cuarta	15/01
<u>REGISTRO</u>	Sin rango de edad	Dosis por aplicar	Antirrábica Humana Intradermic	Cuarta	
<u>DETALLE</u>	Sin rango de edad	Aplicada	Antirrábica Humana Intramuscul	Primera	10/12

1. The first line of the document is a header line.

2. The second line of the document is a header line.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
BATALLÓN DE ARTILLERÍA No 5 "CT. JOSÉ ANTONIO GALÁN"

No: 0027 /MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMGF-COPER-DISAN-
DMBUG-ESMBAGAL-SG-SST-29.57

Socorro (Santander), 13 de enero de 2023

Señor Teniente Coronel
JORGE BECERRA VALDERRAMA
Director Dispertsario Médico de Bucaramanga
Av. Quebrada Seca N° 33 A 207
Bucaramanga - Santander

Asunto: Informe novedad de vacunas prestadores de servicio

Con toda atención y debido respeto me permito informar al señor Teniente Coronel Director Dispensario Médico de Bucaramanga, la gestión realizada desde el área de seguridad y salud en el trabajo en la verificación de las vacunas de los prestadores de servicio para la vigencia del año 2023, con sus respectivos compromisos para subsanar en el transcurso de los primeros 3 meses de contratación del año en vigencia, el personal verificado se relaciona a continuación:

NUMERO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION
1	Eliana Carolina Diaz Vanegas	Médico general
2	Calixto de Jesús Escorcía Anguila	Médico general
3	Cristian Fernando Quirós Castañeda	Médico general
4	Daniela Villezcas Medina	Psicóloga
5	Jenny Roció Franco Cadena	Trabajadora Social
6	Karym Julibeth Quitian Navarro	Fisioterapeuta
7	María Guadalupe Parra Arenas	Enfermera Profesional
8	Carmen Viviana Palacios Arévalo	Auxiliar de enfermería
9	Jenny Paola Diaz Carreño	Auxiliar de enfermería
10	Ginna Paola Altamiranda Pérez	Auxiliar de odontología
11	Sandra Carolina Castro Villarreal	Auxiliar de enfermería

Respetuosamente;

Teniente SILVA ALBARRACIN CARMEN XIOMARA
DIRECTORA ESM BAGAL

ELABORO: TS24. SONIA QUIROGA
Coordinadora de Seguridad y Salud en el trabajo ESM BAGAL

EJÉRCITO NACIONAL
PATRIA HONOR LEALTAD
BATALLON DE ARTILLERIA N° 5 CT. JOSE A. GALAN
km 1 vía Bogotá-Socorro (Santander).
Correo electrónico direccionesmbagal@gmail.com

ReTHUS

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

Tipo de Identificación * Número de Identificación * Primer Nombre * Primer Apellido *

Cedula de Ciudadanía 1101690669 eliana diaz

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

5394

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2022-12-05--12:07:01 PM

CC	1101690669	ELIANA	CAROLINA	DIAZ	VANEGAS	Vigente	Ver
----	------------	--------	----------	------	---------	---------	---------------------

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ELIANA CAROLINA DIAZ VANEGAS identificado(a) con CC 1101690669 registra La siguiente información:

2022-12-05 -12:07:01 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión o Ocupación	Fecha de Emisión del Acto Regulatorio	Auto Aprobado	Entidad Registradora	Datos SSO
UNV AUX	Local Local	MEDICINA Auxiliar de enfermería	2019-03-26 2010-08-18	47025 11688	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO DTS DEPARTAMENTO DE SANTANDER	

Tipo Prestación	Tipo de Prestación	Entidad Registradora	Fecha de Emisión del Acto Regulatorio	Auto Aprobado	Entidad Registradora	Datos SSO
Presto SSO	Local	COLOMBIA/SANTANDER/CHIMA	2018-02-01-2019-01-31	Prestación de Servicios Especializados de Salud en IPS Habilitada	Medicina COLEGIO MEDICO COLOMBIANO	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).

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL



DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO

G. DATOS GENERALES

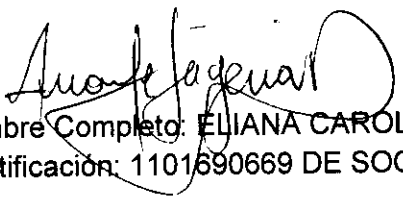
Quien suscribe: **ELIANA CAROLINA DIAZ VANEGAS** mayor de edad, de Nacionalidad COLOMBIANO, de este domicilio, identificado con Cédula de Ciudadanía No.1101690669 actuando en nombre propio.

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	ELIANA CAROLINA DIAZ VANEGAS 1101690669 DE SOCORRO - SANTANDER MEDICO GENERAL – UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMGIA
Hace parte reserva activa	SI ☐ NOX Indique causal de retiro ☐ Por solicitud propia. ☐ Por cumplir dos (2) años en el 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 período de prueba. Se ha afiliado pensión X SI Indique cuál? __COLPENSIONES____ Fecha 01/02/2002 ☐ NO
Años de experiencia (relacionada)	

con el objeto contractual)	CONTRATANTE: <u>HOSPITAL INTEGRADO SAN ROQUE DE SIMACOTA</u> VIGENCIA: <u>DESDE EL 30 DE MARZO DEL 2019 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE 2022</u> CONTRATANTE: <u>DISPENSARIO MEDICO BATALLON GALAN</u> VIGENCIA: 15 DE ENERO 2021 AL 31 DE DICIEMBRE 2021 <u>VIGENCIA: 01 DE FEBRERO 2022 AL 31 DE DICIEMBRE 2022</u>	
Dirección de residencia	Dirección: Carrera 15 N. 2 sur 10 torres de Hierbabuena torre III apartamento 102 Ciudad: SOCORRO SANTANDER	
Teléfono fijo –teléfono celular	Tel. fijo: N/A Tel. celular: 3176894680	
Entidad bancaria y No. De la cuenta Bancaria (indicar si es ahorros - corriente).	Entidad Bancaria: BBVA Sucursal: SOCORRO No. de Cuenta: 29047888571 Ahorros ☒ Corriente ☐	
Teléfono fijo –teléfono celular	Tel. fijo: N/A Tel. celular: 3176894680	
Correo electrónico en los que recibo cualquier comunicación oficial emanada del Ejército	madonavanegas@hotmail.com	
Contratos vigentes de prestación de servicios (Indique entidad – objeto – plazo de vigencia- valor total contratado)	Tipo de contrato: OPS CONTRATANTE: <u>ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN ROQUE DE SIMACOTA</u> OBJETO CONTRACTUAL: <u>BRINDAR ATENCION EN MEDICINA GENERAL EN AREA DE CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS</u> VIGENCIA: <u>HASTA EL 31 DE DICIEMBRE 2022</u> Valor total contratado: 29.700.000	
Otros contratos vigentes (laboral - labor - aprendizaje - ocasional de trabajo - otros)	Tipo de contrato No. de contrato objeto Plazo Vlr. Total contratado	
Pertenezco al régimen tributario	Común ☐ Simplificado ☒	
Régimen de Expedición	NOTA 1: Aplica ☐ No aplica ☒ Pertenece a regimenes de excepcion razon por la cual debe cancelar los aportes correspondientes a salud al ministerio de la proteccion social – fondo de solidaridad y garantia (fositya), en las	

	condiciones establecidas por esa entidad.
Pago de Pensión	NOTA 2: APLICA__ NO APLICA__ 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 en 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 qué condiciones	Nombre (cónyuge): Identificación (cónyuge): 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: sin hijos Nombre: Identificación: Nombre: Identificación T.I:1.186.963162
Tiene familiares que pertenecen al Ministerio de Defensa – EJC-FAC-ARMADA NACIONAL- Entidad adscrita 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 X


Nombre Completo: ELIANA CAROLINA DIAZ VANEGAS
Identificación: 1101690669 DE SOCORRO - SANTANDER

Firma:

PACTO DE INTEGRIDAD PARA FORTALECER LA TRANSPARENCIA EN EL PROCESO DE SELECCIÓN MODALIDAD CONTRATACION DIRECTA CUYO OBJETO ES CONTRATAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO MEDICO GENERAL DEL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA VIGENCIA 2023.

Ante la opinión pública nacional e internacional, nosotros: por una parte, LOS PROPONENTES en el proceso de Selección Contratación cuyo objeto es **CONTRATAR LA PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO MEDICO GENERAL DEL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA VIGENCIA 2023**, actuando en nombre propio, en este proceso de contratación, y por la otra los **FUNCIONARIOS Y ASESORES DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO**, que han participado y/o participarán en la estructuración técnica, económica y jurídica del presente proceso de contratación, o en su trámite, impulso, revisión y definición, hemos acordado suscribir el presente "**PACTO DE INTEGRIDAD**", teniendo en cuenta que en Colombia todas las formas de corrupción son ilegales, y que el Estado procesa y continuará procesando a los infractores.

Sin perjuicio del cumplimiento de la ley Colombiana, el Pacto de Integridad se enfoca en el compromiso de no soborno con el fin de obtener o retener un contrato u otra ventaja impropia, incluyendo la colusión con otros con el fin de limitar la competencia para este contrato, y la actuación desleal y contraria a la libre competencia y al interés de propiciar la selección objetiva dentro de las instancias del proceso de contratación.

Lo anterior incluye cualquier tipo de pagos, dádivas u otros favores ofrecidos o concebidos de manera directa o a través de terceros, a funcionarios o asesores del MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO, con el fin de:

1. Procurar que se diseñe el proyecto o partes de éste de una manera que ofrezca ventajas a uno o varios participantes.
2. Dar ventaja indebida a cualquiera de los participantes en la evaluación y elección de los mismos para la adjudicación del contrato.
3. Ganar la adjudicación del contrato.
4. Lograr cambios sustanciales en el contrato ajustando las especificaciones, los plazos o cualquier otro componente importante del contrato.
5. Lograr que sean aprobados por funcionarios públicos, asesores o por el interventor o supervisor del contrato (o por su personal, asesores y subcontratistas) resultados por debajo de los parámetros que sean propuestos por los PROPONENTES y pactados con el **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO**.
6. Abstenerse de monitorear apropiadamente la implementación del proyecto, de informar sobre violaciones de especificaciones del contrato y otras formas de incumplimiento, o de hacer plenamente responsable al contratista de sus obligaciones legales.
7. Evadir impuestos, derechos, licencias o cualquier otra obligación legal que se debería satisfacer.
8. Inducir a un funcionario a quebrantar sus deberes oficiales de cualquiera otra manera.

Dentro de este marco, los firmantes adquieren los siguientes compromisos, en todo de acuerdo con las leyes colombianas:

1. Las empresas participantes y **EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO** asignan importancia a la presentación de propuestas en un entorno libre, imparcial, competitivo y no sujeto a abuso.

A los oferentes les complace confirmar que:

- a) No han ofrecido o concedido, ni han intentado ofrecer o conceder y no ofrecerán ni concederán, ni directa ni indirectamente mediante agentes o terceros, ninguna inducción o recompensa impropias a ningún funcionario o asesor del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO**, sus parientes o socios de negocios, con el fin de obtener o retener este contrato u otra ventaja impropia, y
- b) No han coludido y no coludirán con otros con el fin de limitar indebidamente la competencia para este contrato. Las empresas comprenden la importancia material de estos compromisos para **EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO**.

Por su parte los **FUNCIONARIOS O ASESORES DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO**, también confirman que no han pedido ni aceptado, ni pedirán ni aceptarán, de manera directa o a través de terceros, ningún pago u otro favor por parte de las empresa participantes a cambio de favorecerlos en la obtención o retención del contrato.

2. Los oferentes desarrollan sus actividades en el marco de principios éticos de comportamiento y se comprometen a tomar las medidas necesarias a fin de que este compromiso de "No" Soborno sea acatado por todos sus gerentes y empleados, así como por todos los terceros que trabajan con esta compañía en este proyecto, incluyendo agentes, consultores y subcontratistas.

3. Este compromiso se presenta en nombre de los oferentes participantes.

4. Con respecto a la presentación de las propuestas, los oferentes participantes se comprometen a estructurar una propuesta seria, con información fidedigna y con una oferta económica ajustada a la realidad que asegure la posibilidad de prestar el servicio en las condiciones de calidad y oportunidad exigidas en el proceso.

5. Para efectos de salvaguardar el contenido del Pacto de Integridad del presente proceso frente a eventuales incumplimientos de los compromisos de carácter ético adquiridos por los funcionarios y por los participantes, se pronunciará un árbitro denominado "Defensor para la Transparencia", cuyos fallos serán en equidad al amparo de lo dispuesto en la Ley 446 de 1998. De las materias relacionadas anteriormente conocerá el árbitro por solicitud del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**, del Programa Presidencial de Lucha contra la Corrupción, o por manifestación de alguna de los participantes.

Dicho árbitro deberá tener las mismas calidades que dispone la Constitución Nacional, para ser Magistrado de la Corte Constitucional o la Corte Suprema de Justicia y será seleccionado de la lista de árbitros de la Cámara de Comercio de Bogotá, mediante el sistema de sorteo público.

6. Si un participante incumple su compromiso de no soborno y de dicho acto ha sido declarado culpable por parte del árbitro se generarán además de los procesos contemplados en la legislación colombiana u otra legislación que cubra el proceso de contratación, los siguientes efectos jurídicos:

- a) Si el participante que hubiere incumplido fuere el adjudicatario del proceso, cualquiera de las partes del presente documento podrá solicitar ante el juez competente la nulidad absoluta del contrato con fundamento en que el mismo adolece de una causa ilícita.
- b) El contrato estatal terminará por causa imputable al contratista. El participante que hubiere incumplido los compromisos de no soborno derivados del presente documento se obliga incondicional e irrevocablemente a aceptar la terminación del contrato por causa imputable al mismo, en el momento en que el árbitro declare el incumplimiento de los compromisos referidos, y a asumir las consecuencias contractuales que se deriven de tal terminación.
- c) Una pena económica equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato a título de estimación anticipada de perjuicios a favor de los demás proponentes que participaron en el proceso de contratación y que no hubieran incumplido los compromisos consignados en el presente documento. Si hubiere más de un proponente el valor referido se repartirá en partes iguales entre dichos proponentes.
- d) Abstenerse de participar en procesos de contratación de cualquier naturaleza de entidades públicas de la República de Colombia, que se lleven a cabo durante un periodo de cinco (5) años.

Para asegurar la efectividad de las disposiciones precedentes, el presente acuerdo se entenderá incluido dentro de las cláusulas del contrato que vaya a ser suscrito con el participante favorecido, como una causal de terminación anticipada del contrato por causa imputable al contratista, derivada del fallo del árbitro en la cual se comprueben faltas graves a los compromisos contenidos en el presente Pacto.

El efecto jurídico señalado en los subnumerales a) y b) de este numeral será aplicable solamente al proponente adjudicatario. Los efectos jurídicos previstos, en los subnumerales c) y d) aplicarán al proponente adjudicatario o al cualquiera de los proponentes.

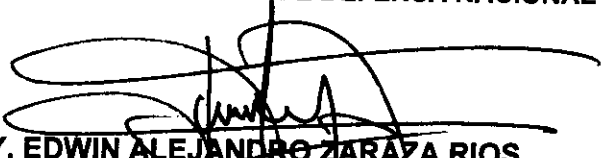
7. Adicionalmente, todos los jefes del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO**, se obligarán a realizar todas y cada una de las gestiones y actuaciones necesarias para que las entidades competentes impulsen y desarrollen las investigaciones correspondientes con ocasión de las conductas de los funcionarios de la entidad contratante o de los asesores externos de la misma que pudieren haber infringido el presente Pacto y cualquier ley aplicable.

8. En caso de presentarse un incumplimiento probado del compromiso de no soborno de acuerdo con lo establecido en el numeral 8 de este Pacto, el **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO** podrá excluir a futuro a aquel infractor para la elegibilidad de contratos en procesos de contratación directa.

9. Los oferentes participantes declaran públicamente que conocen y aceptan las condiciones de participación establecidas en los documentos del proceso de contratación y en las modificaciones que se han hecho a los mismos hasta la fecha de cierre del proceso de contratación, en términos de su transparencia y equidad. En este marco, se comprometen a no utilizar, en la etapa de evaluación de las propuestas, argumentos sobre efectos de buscar la descalificación de sus competidores.
10. Las empresas participantes aceptan que durante la evaluación de las propuestas prime el criterio de respetar los aspectos de fondo por encima de los de forma, buscando siempre favorecer la libre competencia y la participación del mayor número posible de propuestas dentro del proceso de contratación.
11. Adicionalmente, el Gobierno Nacional ha establecido el Programa Presidencial de Lucha contra la Corrupción con la facultad de servir de canal para la tramitación de cualquier investigación sobre cualquier forma de extorsión o soborno en la contratación pública. Las empresas participantes denunciarán ante este Programa cualquier información sobre manejos irregulares sobre los que tengan conocimiento en lo referente al presente proceso de contratación.

Para constancia de lo anterior, los **FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO**, firman el presente documento en **Bucaramanga**, Santander, Enero 11 de dos mil veintitrés (2023).

FUNCIONARIOS Y ASESORES DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO

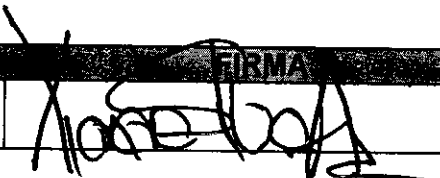

MY. EDWIN ALEJANDRO ZARAZA RIOS
Subdirector Administrativo y financiero DMBUG
Ordenador del Gasto

NOTIFICADOS:

GERENTE DE PROYECTO

NOMBRE	FIRMA
TC. JORGE BECERRA VALDERRAMA Director Dispensario Médico de Bucaramanga	

COMITÉ TECNICO ESTRUCTURADOR

NOMBRE	FIRMA
TE. SILVA ALBARRACIN CARMEN XIOMARA Supervisor	

COMITÉ JURÍDICO ESTRUCTURADOR

NOMBRE	FIRMA
PS. JESUS HERNANDO CHANCI BECERRA Asesor(a) jurídico Área Contratos Estructurador	

OFERENTES

NOMBRE	FIRMA
PS. ELIANA CAROLINA DIAZ VANEGAS CC 1.101.690.669 DE SOCORRO	

CONFIDENCIAL

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD



FORMATO DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA O.P.S

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha 18 Enero 2023

YO: Eliana Carolina Diaz Vanegas identificada con CC. 1101690669 de Socorro

Me presento de forma libre, espontanea para ser evaluado-a por el área de salud mental (psicología) del ESM BAGAL, para el proceso de selección de la vacante Médica General. Doy mi consentimiento, de mi libre voluntad y sin ser presionado-a de ninguna manera, para responder las preguntas propias de la evaluación, autorizo al profesional de registrar la información requerida y emitir el concepto profesional de Salud Mental. Consiente de los principios de biótica y deontología, y en confidencialidad, privacidad y reserva de la información, los cuales se me han explicado suficientemente.

FIRMA: [Firma] C.C. 1101690669



El objetivo de esta entrevista es realizar una Evaluación Psicológica para el proceso de selección (aptitud psicofísica), se realizara una entrevista al aspirante y se registran los resultados en el formato de entrevista, su resumen en formato de Formato Resultado Concepto de Evaluación Psicológica junto con los resultados de la prueba de personalidad que va anexo a la carpeta de documentos.

CIUDAD Blop FECHA EVALUACIÓN 18 Enero 2023 UNIDAD: DUEBUS.

APELLIDOS Y NOMBRES: Diaz Vanegas Eliana Carolina C.C. 1101690669	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Socorro, 21 - Abril - 1994	
EDAD: 28	ESTADO CIVIL: Soltera
DIRECCION DE RESIDENCIA: Cra 15 # 28 Sur - 10	
ESCOLARIDAD: Superior	
TELÉFONO: 3176941590	
ESTUDIOS REALIZADOS: PREGRADO UNIVERSIDAD AÑO 2018	
UNIDAD A LA QUE ASPIRA: BAGAL	
EGRESO UCC - Medicina.	
POST GRADO: TITULO: UNI: AÑO: BACAL	
EGRESO	
ENTREVISTA: 1 VEZ 20+	
E-MAIL: madona.vanegas@hotmail.com	

I. DIMENSION PERSONAL (permite que el evaluado describa sus fortalezas y debilidades, áreas de ajuste, habilidades sociales, valores, liderazgo, proyecto de vida, afrontamiento, control emocional, energía, dinamismo, motivación, y manejo de situaciones críticas, control del estrés.)

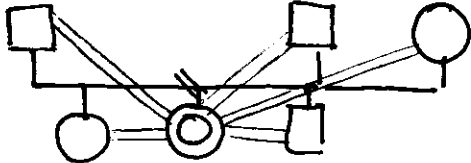
CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD DESCRIPCION: Responsable con habilidades integrales para desempeñar cualquier actividad, so motivación con sus metas

II. DIMENSION FAMILIAR (Describe la dinámica familiar, roles, procesos de comunicación, redes de apoyo, funcionamiento de su núcleo familiar.)

II A. DIMENSION AFECTIVA (Describe situación afectiva del evaluado, si tiene actualmente pareja, si su pareja (esposo- Novio) apoya descripción de relación, como se sienten afectivamente.)

No Aplica

FAMILIOGRAMA: (Dibuje el mapa de la estructura familiar, describa estructura familiar, roles, comunicación etc.)



Manifiesta tener redes de apoyo con relaciones funcionales

Nombre de Personas con quien vive	Edad	Actividad / ocupación	Tipo de Relación

CONFIDENCIAL

III. DIMENSION LABORAL (Solicite al evaluado información con su experiencia laboral.)
DESCRIPCION DE EXPERIENCIA LABORAL

Nombre de Empresa	Cargo que ocupaba	Tiempo Laborado	Nombre Jefe Inmediato	Motivo de salida
ESE Hospital SRS	MG	4 años	Stella Kenero	Está laborando
ESE Carlos Rimentel	MG	9 Meses	Andrés Silva	Terminación contrato
ESE CHINA	MG-SSO	1 año	Aura	Terminación laboral.

III A. Realice una descripción de su perfil profesional (el evaluado debe describir preparación técnica, profesión y preparación e impacto a nivel organizacional, labores, funciones que ha desempeñado):

Es una profesional con perfil completo capaz de desempeñarse como médica general.

III B. Describa fortalezas y Debilidades profesionales (Descripción de estos aspectos por parte del evaluado)

Fortalezas: Responsable - Constructiva -
Debilidades: Impuntual - Carácter fuerte.

III C. Si el evaluado continua con contrato: Que considera que debe mejorar en su desempeño / Institución, Otro, Cual?:

Tiempo laborado con Institución _____ Fortalezas Responsable Debilidades Impuntual.

III D. LO QUE ATRAE AL CANDIDATO (el evaluado debe describir cada ítem referido)

1. Estabilidad laboral	Contrato
2. Oportunidades / laboral y/o promoción.	Aplicación de concurrimiento
3. Salario.	Oportuno
4. Oportunidad de demostrar habilidades y conocimientos. (describa su aporte institucional)	Desempeño autónomo
5. Reputación de la Institución.	Buena
7. Seguridad y beneficios adicionales.	Seguro
8. Formación y desarrollo profesional.	Reactualización
9. Mision Institucional.	Comple.
10. Atmósfera/clima de trabajo.	Buena

IV. DIMENSION SALUD ANTECEDENTES

PSICOPATOLÓGICOS (Es importante que el evaluado de a conocer su situación)

ASPECTOS CLINICOS	SI	NO	OBSERVACIONES
¿USTED A SIDO VALORADO O TRATADO POR PSICOLOGÍA Y/O PSIQUIATRÍA?		X	
¿PRESENTA ALTERACIONES EN SU SUEÑO?		X	
¿SUS HABITOS DE ALIMENTACION SON NORMALES?	X		
¿ESCUCHA VOZES, OBSERVA OBJETOS O PERSONAS QUE NADIE MAS VE?		X	
¿PRESENTA USTED CAMBIOS CONSTANTES EN SUS ESTADOS DE ANIMO?		X	
¿CONSUME ALCOHOL CON FRECUENCIA?		X	
¿HA CONSUMIDO O PROBA ALGUN TIPO DE DROGA (USTED CUAL)?		X	
¿LLORA USTED FACILMENTE O SE DEPRIME CON FACILIDAD?		X	
¿EN SU FAMILIA HAY ANTECEDENTES DE SUICIDIO?		X	
¿EN SU FAMILIA HAY ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD MENTAL?		X	
¿HA TENIDO ALGUN TIPO DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO?		X	
¿USTED EN ALGUNA OCASION HA PENSADO EN QUITARSE LA VIDA?		X	

III E. COMO SE ENTERO DE LA VACANTE?

Familiar: _____ Conocido _____ (Grado: _____)
Aviso _____ Internet: _____ Otro Medio X Cual?

IV A. DESCRIBA SU SALUD ACTUALMENTE (El evaluado debe referir su estado actual, enfermedades, tratamientos, antecedentes familiares etc)

Goza de buena salud

V. DIMENSION SOCIAL Y ECONOMICA (el evaluado debe referir su experiencia en esta dimensión)

Participa en Actividades Sociales: Si X No _____ Cuales? Fiestas Frecuentes Ocasionales
Posee Amigos / Amistades: Si X No _____ Obser: _____
Practica deportes Si X No _____ Actividades Tiempo libre: _____
Personas a cargo: 4 vivienda propia X Alquilada _____
Haga una descripción sobre su manejo del dinero apropiada
Se siente bien remunerado: Si X No _____ Pq? _____

RESULTADOS PRUEBA DE PERSONALIDAD - CAQ

P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14
1	0	13	7	4	4	4	5	14	5	9	7	7	7
5	4	7	5	6	4	6	6	6	7	4	7	7	7

CONCEPTO PSICOLÓGICO FINAL: (Haga una descripción del examen mental, el resultado de la entrevista (describiendo puntos importantes, emita un concepto final de si se encuentra psicológicamente equilibrado, ausencia de psicopatología en el momento de la evaluación y/o requiere remisión a un profesional de psiquiatría).

Al momento de la valoración goza de pleno uso de sus facultades mentales, Red de apoyo, niega antecedentes psicopatológicos. CAQ con escalas dentro de la media

Favorable



Desfavorable



Jessica Natalia Vargas Rios
Psicóloga - U.P.B.

UNIDAD, NOMBRE CLARO, FIRMA Y SELLO DEL PSICOLOGO EVALUADOR