

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 **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, para apoyar al Área de **HOSPITALIZACIÓN Y PRIORITARIA**

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:

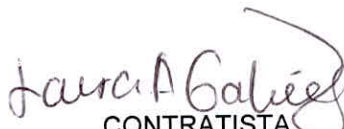
CLÁUSULA PRIMERA: COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATISTA: Mediante la suscripción del presente documento, asumo los siguientes compromisos:

- 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 **BUCARAMANGA** del mes de **ENERO** del **2023**


CONTRATISTA
LAURA ANDREA GALVIS AMADOR
CC. 1.098.700.383



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

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

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2007

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN 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	5	X		ENFERMERIA	01	2015	44511

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	9	1
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	9	10

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

Bucaramanga

Laura Galef

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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.

Bucaramanga 25/07/23

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LAURA	ANDREA	GALVIS	AMADOR

Documento de identificación
Tipo Número

Lugar de nacimiento
País Departamento Municipio

Lugar de domicilio
País Departamento Municipio

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

Lugar de sede
País Departamento Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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



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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

yo, Lawro Andree Galvis Amador

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1098700383 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: Buga

País
COLOMBIA

Departamento
Santander

Municipio
Bucaramanga

Dirección
Cra 2A # 65B - 23

Teléfonos
3004381396

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

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

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

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	<u>2'300.000</u>
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	<u>0</u>
GASTOS DE REPRESENTACION	<u>0</u>
ARRIENDOS	<u>0</u>
HONORARIOS	<u>0</u>
OTROS INGRESOS Y RENTAS	<u>0</u>
TOTAL	<u>2'300.000</u>

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE CUENTA	LA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
<u>Bancolombia</u>	<u>Ahorros</u>	<u>79831303870</u>		<u>Buga</u>	<u>500.000</u>

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
<u>Vivienda</u>	<u>Crédito hipotecario</u>	<u>178.000.000</u>

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
<u>Bancolombia</u>	<u>Crédito hipotecario</u>	<u>\$90.000.000</u>

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

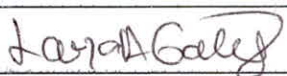
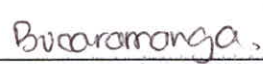
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
	C.C. C.E. T.I.	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

 FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	 CIUDAD Y FECHA
--	--

Certificado Bancario

Domingo, 06 de noviembre de 2022

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

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

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	79831303820	2007/02/14	ACTIVA

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

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



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.098.700.383**

GALVIS AMADOR

APELLIDOS

LAURA ANDREA

NOMBRES

Laura Andrea Galvis

FIRMA



INDICE DERECHO

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

BUCARAMANGA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

A+

G.S. RH

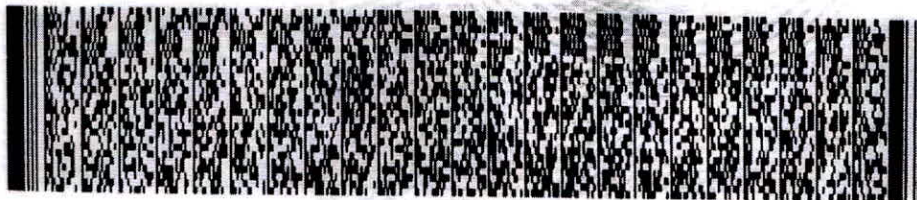
F

SEXO

18-FEB-2009 BUCARAMANGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-2700100-00159167-F-1098700383-20090612

0012441531A 1

26993147

República de Colombia



Departamento de Santander

CERTIFICACION	Código: AP-ODRG-05	Tabla de Retención Documental	Versión: 4	Pág. 1 de 1
---------------	-----------------------	-------------------------------	------------	-------------

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

CERTIFICA:

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

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

Se adhieren y anulan estampillas correspondientes a este concepto.

Expedida en Bucaramanga 16 DE JUNIO DE 2015.


YELITZA LILIBETH HERNANDEZ GONZALEZ

Proyectó: LINA PAOLA PORRAS RIVERA

República de Colombia



Gobernación de Santander

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

RESOLUCION No. 010117

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus atribuciones legales y en especial las que confiere el Decreto 001875 de agosto de 1994, y el Artículo primero de la Resolución No 1850 del 29 de junio de 2000 y

CONSIDERANDO:

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

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

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

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

RESUELVE:

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

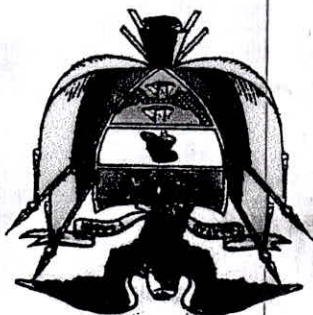
Dada en Bucaramanga a los

ALIX PORRAS CHACON
Secretaria de Salud Departamental

22 MAY 2015

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

W32
F=41
C=03
05/06/15



La República de Colombia
y en su nombre el

Centro Educativo Quisno

Bucaramanga - Santander

Reconocido oficialmente por la Secretaría de Educación Departamental según Resolución No. 12907 del 11 de diciembre de 2000 y Resolución aclaratoria No. 01072 del 12 de febrero de 2001,

Confiere a

Laura Andrea Gaviria Amador

Identificado(a) con I.L. No. 910212 - 57719
Expedida en Bucaramanga

El Título de

Arquiller Técnico
Don Especialidad Comercio

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



CENTRO EDUCATIVO CAJASAN

BUCARAMANGA - SANTANDER

Acta Individual de Grado

DANE	368001000362
INSCRIPCION	201
JORNADA	UNICA

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

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

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

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

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

BACHILLER TECNICO CON ESPECIALIDAD COMERCIO

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

LAURA ANDREA GALVIS AMADOR

T.I. 910217-57719 DE BUCARAMANGA

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 056 de fecha DICIEMBRE 7 DE 2007 que consta de 66

estudiantes y que comienza con el nombre de ALARCON VANEGAS NATHALIA MARIA

y se cierra con el nombre de VILLAMIZAR BARAJAS ELKIN MAURICIO

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

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

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

Firmado y Sellado por

CENTRO EDUCATIVO
cajasan
RECTOR

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

cajasan
CENTRO EDUCATIVO
SECRETARIA ACADEMICA

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

Diploma No. 26

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

CONFIERE EL TÍTULO DE
ENFERMERA

A

LAURA ANDREA GALVIS AMADOR

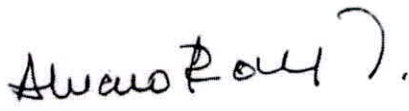
CEDULA DE CIUDADANIA N° 1.098.700.383 expedida en BUCARAMANGA

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

DIPLOMA

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

Registrado al folio 84 Libro 13-P Diplomas de Grado


Rector


Secretario General

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

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

69921



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

Considerando el Consejo que,

LAURA ANDREA GALVIS AMADOR

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

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

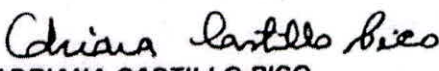
Para la constancia se extiende y firma la presente acta.

El Rector,(fdo.) ALVARO RAMIREZ GARCIA

El Decano,(fdo.) FABIO BOLIVAR GRIMALDOS

La Secretaria General,(fdo.) ADRIANA CASTILLO PICO

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


ADRIANA CASTILLO PICO
Secretaria General

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA



DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO
DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
NIT No. 901541137-1

Bucaramanga 29 de DIC del 2022

Señor
Suboficial De Seguridad Militar DMBUG

Asunto: entrega del ESP.

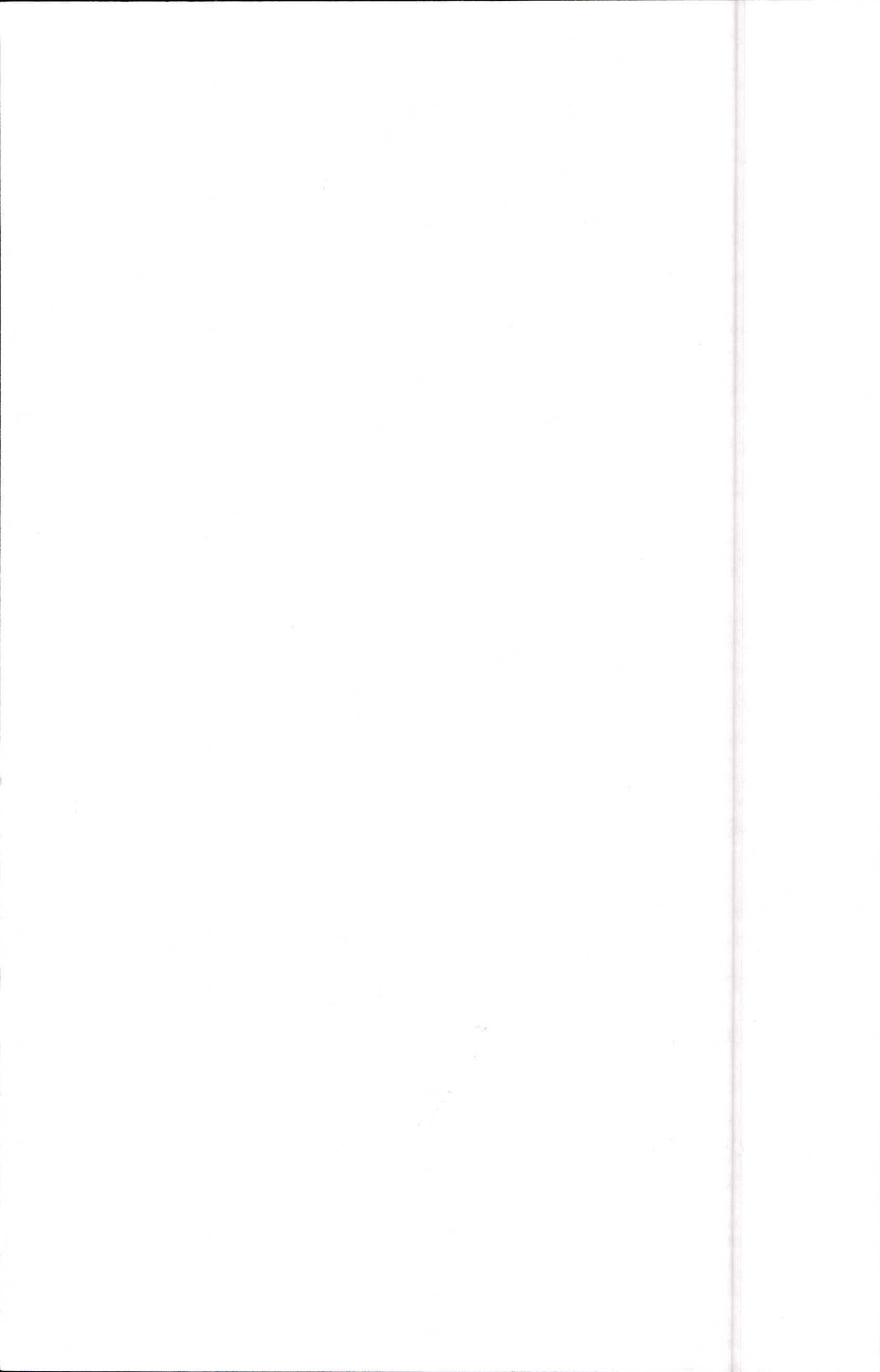
A través de la presente yo, Galvis Amador Laura Andrea con
cedula de ciudadanía N°: 1098700383 de Bucaramanga hago entrega de los
formatos diligenciados del ESP.

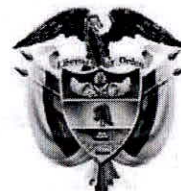
ENTREGA:

Laura A Galvis
CC.: 1098700383

RECIBE:

SU. Wilson J. Jarama
Suboficial De Seguridad Militar DMBUG
C.C. 80119540





Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

LAURA AMADOR

Con Cedula de Ciudadania No. 1.098.700.383

Cursó y aprobó la acción de Formación

HUMANIZACION EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Dosquebradas, a los veintium (21) días del mes de diciembre de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
JHON FREDDY AMAYA TABORDA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JHON FREDDY AMAYA TABORDA
SUBDIRECTOR
CENTRO DE DISEÑO E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA INDUSTRIAL
REGIONAL RISARALDA

41157667 - 21/12/2016
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9223001347836CC1098700383C.



EL CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURÍSTICOS

CERTIFICA

Que LAURA AMADOR identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 1098700383 de Bucaramanga, realizó y aprobó el curso de MANEJO DE LA VACUNACION CONTRA EL COVID19 EN COLOMBIA con una intensidad horaria de Cuarenta y Ocho (48) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó

A: Aprobó

Se expide en Bucaramanga. a los veintiseis (26) días del mes de marzo de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ
Subdirectora (E) CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURÍSTICOS
REGIONAL SANTANDER

SENA: Una Organización con Conocimiento



IDEAS MEDICAS AVANZADAS EN SALUD S.A.S
NIT 901.221.712-2

CERTIFICA QUE

LAURA ANDREA GALVIS AMADOR

IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1.098.700.383

Asistió al Curso de:

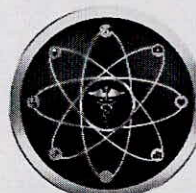
TRIAGE CLASIFICACIÓN HOSPITALARIA (TCH)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA A LOS 9 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2020, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Andrés Fabián Monje

GERENTE



IMAVSS
IDEAS MEDICAS AVANZADAS EN SALUD

Omar Monje Álvarez

REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD



IDEAS MEDICAS AVANZADAS S.A.S
NIT 901.221.712-2

CERTIFICA QUE
LAURA ANDREA GALVIS AMADOR

IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1.098.700.383

Asistió al Curso de:
SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO (ACLS)
Con una intensidad horaria de 45 Horas

Este Certificado es expedido en la ciudad de Bucaramanga a los 15 días del mes de diciembre de 2019,
la presente certificación se expide mediante marco normativo para la educación informal y no
conduce a titulo alguno o certificación de aptitud ocupacional

Andrés Fabian Monje

GERENTE



Alejandro Díaz Asprilla

DOCENTE PRINCIPAL



IDEAS MEDICAS AVANZADAS EN SALUD S.A.S
NIT 901.221.712-2

CERTIFICA QUE

LAURA ANDREA GALVIS AMADOR

IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1.098.700.383

Asistió al Curso de:

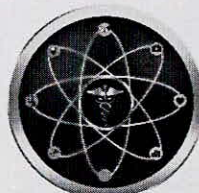
TOMA DE CITOLOGIAS CERVICO UTERINAS (TCU)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA A LOS 11 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2020, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Andrés Fabián Monje

GERENTE



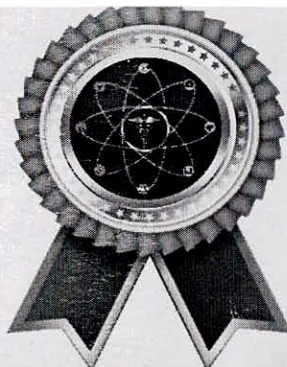
IMAVSS
IDEAS MEDICAS AVANZADAS EN SALUD

Omar Monje Álvarez

REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD



IDEAS MEDICAS AVANZADAS EN SALUD S.A.S
NIT 901.221.712-2

CERTIFICA QUE

LAURA ANDREA GALVIS AMADOR

IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1.098.700.383

Asistió al Curso de:

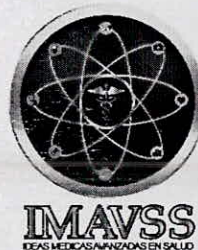
ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA A LOS 10 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2020, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Andrés Fabián Monje

GERENTE



Omar Monje Álvarez

REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD



EL CENTRO DE DISEÑO E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA INDUSTRIAL

CERTIFICA

Que LAURA AMADOR identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 1.098.700.383 de , realizó y aprobó el curso de HUMANIZACION EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó

A: Aprobó

Se expide en Dosquebradas, a los veintiun (21) días del mes de diciembre de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
JHON FREDDY AMAYA TABORDA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JHON FREDDY AMAYA TABORDA
SUBDIRECTOR CENTRO DE DISEÑO E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA INDUSTRIAL
REGIONAL RISARALDA

SENA: Una Organización con Conocimiento



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

LAURA AMADOR

Con Cedula de Ciudadania No. 1.098.700.383

Cursó y aprobó la acción de Formación

HUMANIZACION EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Dosquebradas, a los veintiun (21) días del mes de diciembre de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
JHON FREDDY AMAYA TABORDA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JHON FREDDY AMAYA TABORDA
SUBDIRECTOR
CENTRO DE DISEÑO E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA INDUSTRIAL
REGIONAL RISARALDA

41157667 - 21/12/2016
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9223001347836CC1098700383C.



**POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA**

[INICIO](#)

[CONTÁCTENOS](#)

[PREGUNTAS FRECUENTES](#)

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 01:00:23 PM horas del 06/11/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1098700383**

Apellidos y Nombres: **GALVIS AMADOR LAURA ANDREA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



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

CERTIFICA:

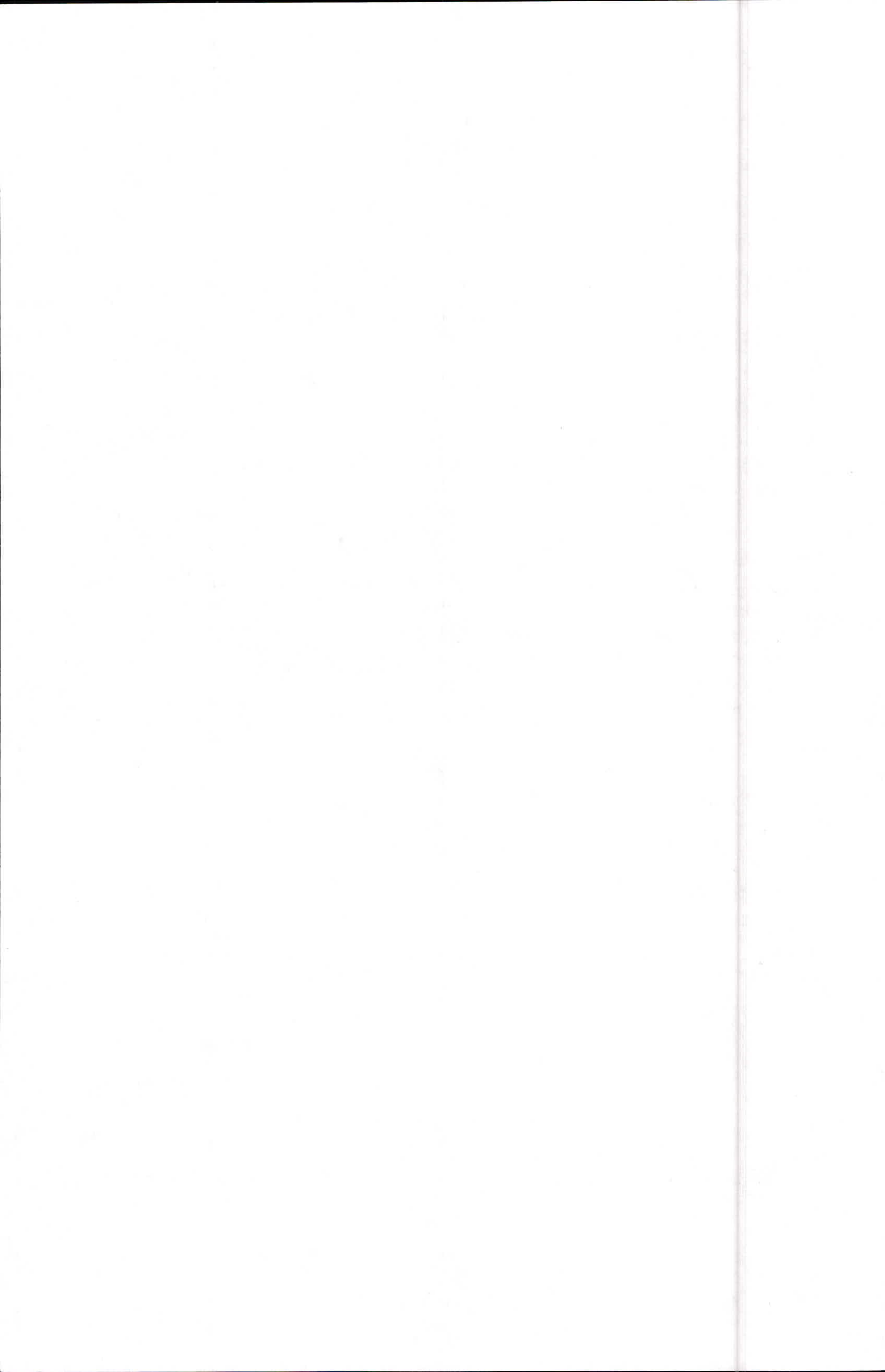
Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 06 de noviembre de 2022, a las 13:01:19, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1098700383
Código de Verificación	1098700383221106130119

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





CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 208851554



WEB

13:04:30

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 06 de noviembre del 2022

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

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de 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



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 06/11/2022 02:51:12 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1098700383** y Nombre: **LAURA ANDREA GALVIS AMADOR.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **45583842** . 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

DIAN POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización		4. Número de formulario 14890909677		(415)7707212489984(8020) 0000014890909677	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1098700383		6. DV 7		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	
14. Buzón electrónico					
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 13		26. Número de identificación 1098700383	
27. Fecha expedición 20090218		28. País COLOMBIA 169		29. Departamento Santander 68	
30. Ciudad/Municipio Bucaramanga 001		31. Primer apellido GALVIS		32. Segundo apellido AMADOR	
33. Primer nombre LAURA		34. Otros nombres ANDREA		35. Razón social	
36. Nombre comercial		37. Signo		UBICACIÓN	
38. País COLOMBIA 169		39. Departamento Santander 68		40. Ciudad/Municipio Bucaramanga 001	
41. Dirección principal CR 2 A 65 B 23 BRR LOS CANELOS					
42. Correo electrónico laga17@gmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 3004381396		45. Teléfono 2 6076416244	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica		Ocupación		52. Número establecimientos	
Actividad principal 46. Código 8692 47. Fecha inicio actividad 20150324		Actividad secundaria 48. Código 49. Fecha inicio actividad		Otras actividades 50. Código 1 2	
51. Código		53. Código 5		55. Forma	
56. Tipo		57. Modo		58. CPC	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 5					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
Obligados aduaneros					
Exportadores					
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 - 25 / 10 : 33: 13	
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016 Firma del solicitante:			Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 984. Nombre GALVIS AMADOR LAURA ANDREA 985. Cargo CONTRIBUYENTE		

Consulte su estado RUT.
REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO.

Por favor suministre los siguientes datos

NIT	1098700383	DV	7
Primer Apellido	GALVIS	Segundo Apellido	AMADOR
Primer Nombre	LAURA	Otros Nombres	ANDREA
Fecha Actual	06-11-2022 14:53:02		
Estado	REGISTRO ACTIVO		

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

 **Buscar**

 **Limpiar**



[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 14:58:40

LAURA ANDREA GLAV...



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

0

0

0

0

Suscripciones

En edición

Adjudicaciones pendientes

Invitaciones directas

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Sugerencias SECOP



Ya está asociado a una empresa

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

Mensaje Todos

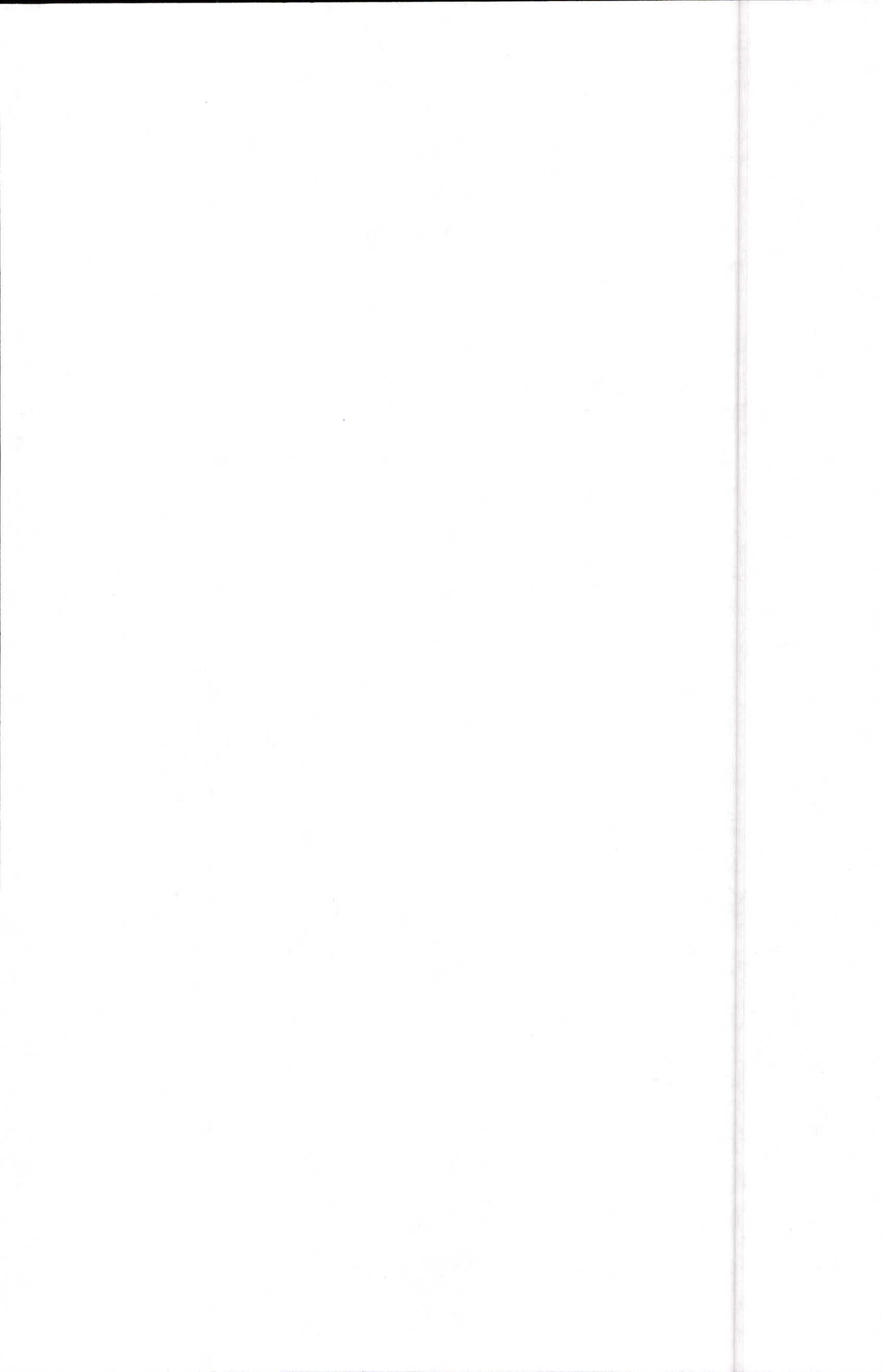
Sin mensajes...

[Más información](#)

Oportun Recibidas

Sin oportunidades

[Más información](#)



Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BÁSICA

Fecha de Corte: 2022-11-04

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

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2022-11-04

Administradora	Régimen	Fecha Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S A	Contributivo	01/12/2021	Activo	COTIZANTE	BUCAMANGA

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2022-11-04

AFILIACIÓN A PENSIONES				
Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2013-01-22	Retirado	
PENSIONES: PRIMA MEDIA	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	2022-02-01	Activo cotizante	

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2022-11-04

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Económica	Municipio Labora
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2022-01-22	Activa	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2022-03-02	Activa	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA INCLUYE LOS SERVICIOS MÉDICOS Y/O PARAMÉDICOS ASISTENCIALES DOMICILIARIOS EXCEPTO SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y/O PROMOCIÓN	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2015-09-23	Activa	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL	Santander- BUCARAMANGA

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2022-11-04

Administradora CF	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Miembro de la Población Cubierta	Tipo de Afiliado	Municipio Labora
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER	2022-02-17	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	

AFILIACIÓN A CESANTIAS

Fecha de Corte: 2022-11-04

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS

Fecha de Corte: 2022-11-04

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

Fecha de Corte: 2022-11-04

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.

Commutador: (57-1) 330 5000 - Central de fax:

(57-1) 330 5050

Punto de atención presencial: Carrera 13 No.

32-76 piso 1 Bogotá código postal 110311

Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en

Lunes a viernes d
jornada continua

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:

En Bogotá: (57-1) 589 3750 Resto del país: 018000960020

Horario de atención: lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y

sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

Versión 2.5

EPS

SURA

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

CERTIFICA

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

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

CC 1098700383
LAURA ANDREA GALVIS AMADOR
TITULAR
TITULAR
TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
COBERTURA INTEGRAL
01/12/2021
ACTIVO(A)
38
39

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: 06/11/2022

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

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, Cali: 602 380 8941,
Medellín: 604 448 61 15, Bogotá: 601 448 7941
Línea Nacional: 01 8000 519 519

epssura.com

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LAURA ANDREA GALVIS AMADOR** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1098700383**, se encuentra afiliado/a desde **01/02/2022** 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 06 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.



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6**

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora LAURA ANDREA GALVIS AMADOR, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1098700383, contratista de la empresa DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA, con NIT No. 901541137, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 22/01/2022 y fecha fin de contrato 31/12/2022 con riesgo 3.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201021108414.

Esta certificación se expide a los 06 días del mes de Noviembre de 2022.

Cordialmente

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



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

Positiva Compañía de Seguros

@PositivaCol

PositivaColombia



El emprendimiento
es de todos

Mintrabajo

	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: 25/ENERO 2023 Acta No. 0044/2023

ESM: DMBUG

Sección: BUCARAMANGA

Tipo Vinculación: CONTRATO POR PRESTACION DE SERVICIOS (OPS)

Cargo: ENFERMERA JEFE

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

NORMAS DE BIOSEGURIDAD:

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

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

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



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

- 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. 1098700383

De Biga

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

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

- Para el correcto diligenciamiento de éste formato tenga en cuenta las instrucciones que se encuentran de color gris, 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.

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

LAURA ANDREA GALVIS AMADOR

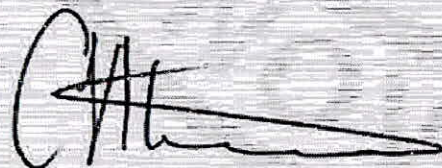
ha participado y aprobado el Curso Virtual
Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

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

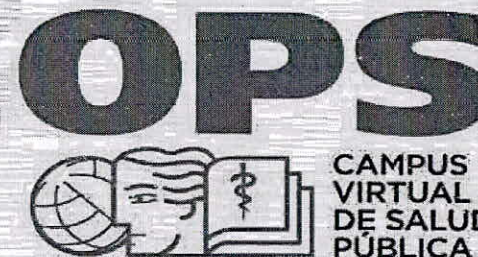
Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

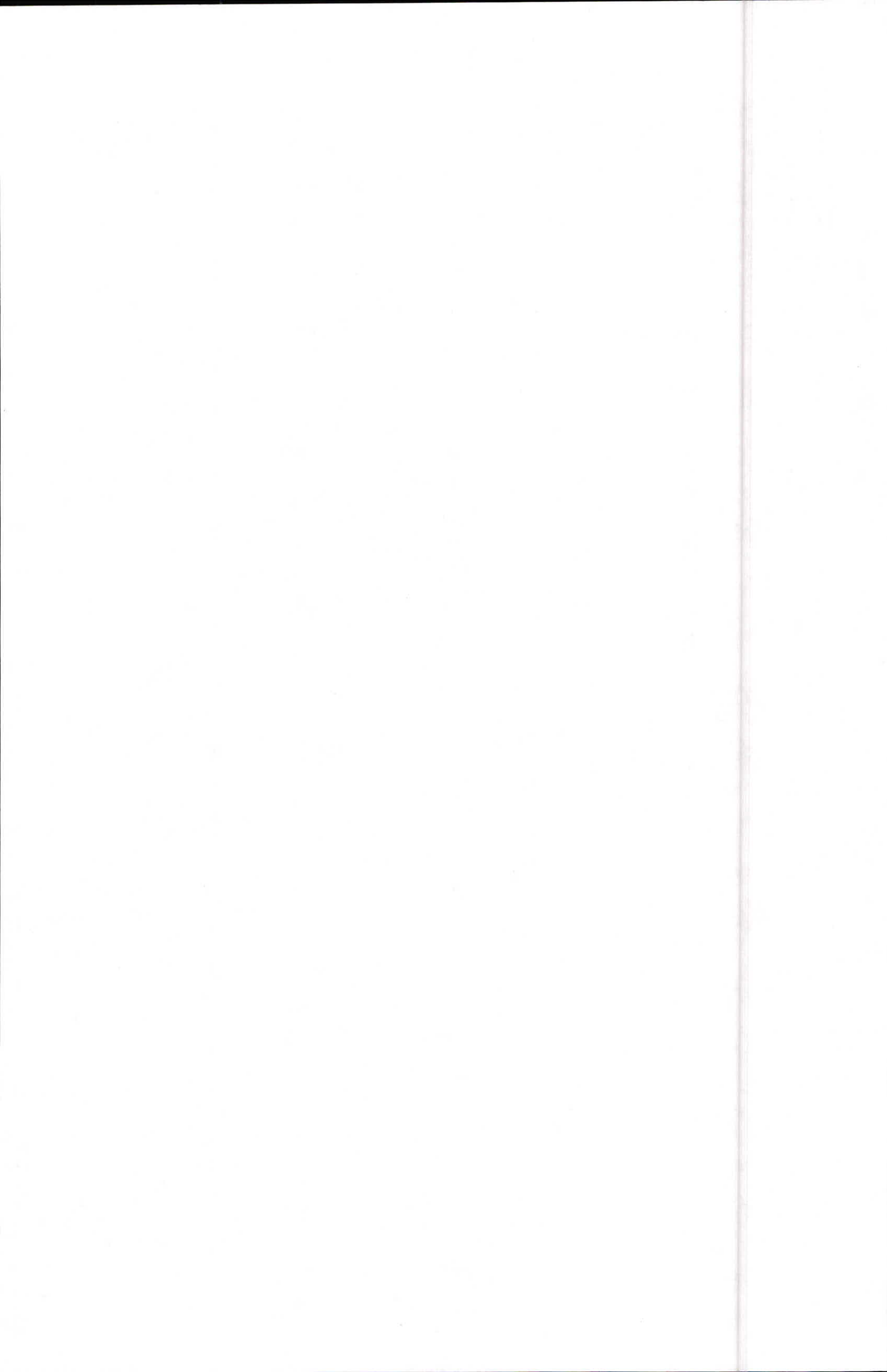
6 de noviembre de 2022

Horas: 1



Dra. Carissa F. Etienne
Directora





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

RESOLUCIÓN NÚMERO 00 - 19673 DE 2017
POR LA CUAL SE RENUEVA 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 **MARIBEL ROYERO MORENO** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 49766155 ha solicitado Renovación de licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que al peticionario le fue otorgada la Licencia de Prestación de Servicios de Salud Ocupacional, mediante Resolución No. 334 de 06 de Marzo de 2008 de la Secretaría de Salud de CESAR y concedida por un término de diez (10) años contados a partir de la expedición de la Resolución, la cual ha cumplido su vigencia.

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 Renovación de la Licencia en Salud Ocupacional 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: Renuévase LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **MARIBEL ROYERO MORENO. - DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUGIA - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL** identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 49766155 en las áreas de MEDICINA en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

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 Secretaría 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

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

20 DIC. 2017

Dada en Bucaramanga a los

LUIS ALEJANDRO RIVERO OSORIO
 Secretario de Salud Departamental

Revisó y VoBo:
 Proyectó:

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

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PLATINUM SALUD LABORAL S.A.S.
NIT: 900679927-1
680010448101

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Certificado de aptitud: 1098700383-120418

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar: 06/01/2023 - BUCARAMANGA	Tipo de Examen: INGRESO	
Paciente: LAURA ANDREA GALVIS AMADOR	Identificación: 1098700383	Móvil: 3004381396
Género: FEMENINO Edad: 31	Teléfono:	
Fecha Nacimiento: 17/02/1991	Cargo: ENFERMERA	
Estado Civil: SOLTERO(A)	EPS: EPS SURA	
Dirección: CRA 2A Nº 65B-23 PISO 2	ARL: NO REPORTA	
Escolaridad: UNIVERSITARIO	AFP: PORVENIR S.A.	
Empresa: PARTICULAR		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICION NORMAL BILATERAL. 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO: Evitar introducir objetos extraños o bastoncillos al canal auditivo, Evita el uso de auriculares o audífonos a alto volumen y por tiempo prolongado.
VISIONOMETRIA	CONTINUAR USO DE CORRECCION OPTICA/ CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES LABORALES ADOPTANDO UNA ADECUADA POSTURA DE TODOS LOS SEGMENTOS CORPORALE (HIGIENE POSTURAL), REALIZAR ACTIVIDADES PREVENTIVAS DE TIPO OSTEOMUSCULAR(PAUSAS ACTIVAS), TENER HABITOS SALUDABLES DE ALIMENTACIÓN Y EJERCICIO FÍSICO. SEGUIR NORMAS ESTABLECIDAS DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL. SEGUIR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, REPORTAR INCIDENTES O ACCIDENTES A SU JEFE INMEDIATO. MANTENER SUFICIENTE HIDRATACION. NO PRESENTA NI REFIERE SINTOMATOLOGIA RELACIONADA PARA ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE SALUD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO AL QUE ASPIRA

Observaciones: 1. PACIENTE CON ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACION COVID - 19 PARA LA FECHA, 2. SE RECOMIENDA REDUCIR EL PESO CORPORAL 3. SE RECOMIENDA MEJORAR HABITOS DE ALIMENTACION REDUCIENDO EL CONSUMO DE AZUCARES SIMPLES, HARINAS Y GRASAS, 4. SE RECOMIENDA REALIZAR EJERCICIOS FISICOS MINIMO 3 VECES POR SEMANA Y REFORZAR HABITOS SALUDABLES.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
---------------------	--	------------

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

SVE RIESGO BIOMECANICO

PPyP

SVE BIOLOGICO

PPyP

Información de Remisiones

NO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente documento autorizo al profesional abajo mencionado a realizar de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o complementarios, registrado(s) en este documento y dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de dichos servicios; comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado.
Dejo constancia con mi firma en este documento, que he actuado en pleno uso de mis facultades mentales, por voluntad propia, sin presiones de ninguna índole y he suministrado información veraz, clara y precisa sobre mi estado de salud, y que he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de dichos exámenes.
Acepto el manejo de confidencialidad que PLATINUM SALUD LABORAL S.A.S de a la misma, autorizo que la información recopilada en la historia clínica y/o complementarios, puede ser utilizada para la generación de informes de condiciones de salud a mi empleador o entidad solicitante, la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológicas o según corresponda, y para las situaciones contempladas en la legislación vigente.

Maribel Royero Moreno
Dr. Maribel Royero Moreno
Médico Clínico - Rm. 202894
ESO Lic. SST 019613-2011



Laura Andrea Galvis Amador

MARIBEL ROYERO MORENO

LAURA ANDREA GALVIS AMADOR

1098700383

Firma y cédula del Paciente

LIC SST 19613/17 -

Médico Especialista en Salud Laboral

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PLATINUM SALUD LABORAL S.A.S.
NIT: 900679927-1
680010448101

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Certificado de aptitud: 1098700383-120418

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	06/01/2023 - BUCARAMANGA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	LAURA ANDREA GALVIS AMADOR	Identificación:	1098700383
Género:	FEMENINO	Edad:	31
Fecha Nacimiento:	17/02/1991	Teléfono:	
Estado Civil:	SOLTERO(A)	Cargo:	ENFERMERA
Dirección:	CRA 2A Nº 65B-23 PISO 2	EPS:	EPS SURA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	ARL:	NO REPORTA
Empresa:	PARTICULAR	AFP:	PORVENIR S.A.
		Móvil:	3004381396

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	AUDICION NORMAL BILATERAL. 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO; Evitar introducir objetos extraños o bastoncillos al canal auditivo, Evita el uso de auriculares o audífonos a alto volumen y por tiempo prolongado.
VISIONOMETRIA	CONTINUAR USO DE CORRECCION OPTICA/ CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES LABORALES ADOPTANDO UNA ADECUADA POSTURA DE TODOS LOS SEGMENTOS CORPORALES (HIGIENE POSTURAL), REALIZAR ACTIVIDADES PREVENTIVAS DE TIPO OSTEOMUSCULAR (PAUSAS ACTIVAS), TENER HABITOS SALUDABLES DE ALIMENTACION Y EJERCICIO FISICO. SEGUIR NORMAS ESTABLECIDAS DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL. SEGUIR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, REPORTAR INCIDENTES O ACCIDENTES A SU JEFE INMEDIATO. MANTENER SUFICIENTE HIDRATACION. NO PRESENTA NI REFIERE SINTOMATOLOGIA RELACIONADA PARA ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE SALUD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO AL QUE ASPIRA

Observaciones: 1. PACIENTE CON ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACION COVID - 19 PARA LA FECHA, 2. SE RECOMIENDA REDUCIR EL PESO CORPORAL 3. SE RECOMIENDA MEJORAR HABITOS DE ALIMENTACION REDUCIENDO EL CONSUMO DE AZUCARES SIMPLES, HARINAS Y GRASAS, 4. SE RECOMIENDA REALIZAR EJERCICIOS FISICOS MINIMO 3 VECES POR SEMANA Y REFORZAR HABITOS SALUDABLES.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)		
SVE RIESGO BIOMECANICO	-	PPyP
SVE BIOLOGICO	-	PPyP

Información de Remisiones

NO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente documento autorizo al profesional abajo mencionado a realizar de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o complementarios, registrado(s) en este documento y de constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de dichos servicios; comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado.
Doy constancia con mi firma en este documento, que he actuado en pleno uso de mis facultades mentales, por voluntad propia, sin presiones de ninguna índole y he suministrado información veraz, clara y precisa sobre mi estado de salud, y que he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de dichos exámenes.
Acepto el manejo de confidencialidad que PLATINUM SALUD LABORAL S.A.S de a la misma, autorizo que la información recopilada en la historia clínica y/o complementarios, puede ser utilizada para la generación de informes de condiciones de salud a mi empleador o entidad solicitante, la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica o según corresponda, y para las situaciones contempladas en la legislación vigente.

Maribel Royero Moreno
Dra. Maribel Royero Moreno
Médico Cirujano - Rm. 202874
ESO Lic. SST 019613-2017

MARIBEL ROYERO MORENO



Laura Andrea Galvis Amador

LAURA ANDREA GALVIS AMADOR

1098700383

Firma y cédula del Paciente

LIC SST 19613/17 -

Médico Especialista en Salud Laboral

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PLATINUM SALUD LABORAL S.A.S.
NIT: 900679927-1
680010446101

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Certificado de aptitud: 1098700383-102541

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	11 ene, 2022 - BUCARAMANGA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	LAURA ANDREA GALVIS AMADOR	Identificación:	1098700383
Género	FEMENINO	Edad:	30
Fecha Nacimiento:	17/02/1991	Teléfono	
Estado Civil:	SOLTERO(A)	Cargo:	ENFERMERA
Dirección	CRA 2A N° 65B-23 PISO 2	EPS:	EPS SURA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	ARL:	NO REPORTA
Empresa	CUIDARTE TU SALUD S.A.S.	AFP:	PORVENIR S.A.
		Peso: 67 Talla: 162 IMC: 26	
		Móvil:	3004381396

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	Sin alteraciones
GLICERIDOS	Sin alteraciones
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL]	Sin alteraciones
COLESTEROL TOTAL	Sin alteraciones
GLUCOSA EN SUERO	Sin alteraciones
HEMOGRAMA IV	Sin alteraciones

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE SALUD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO AL QUE ASPIRA

Observaciones: CERTIFICO QUE EL PACIENTE EN MENCIÓN, NO PRESENTA AL MOMENTO DE EL EXAMEN SIGNOS CLÍNICOS SUGESTIVOS DE CUADRO INFECCIOSO Y TANTO EN LA ENCUESTA POR EL PACIENTE DILIGENCIADA COMO EN EL INTERROGATORIO MÉDICO NIEGA SÍNTOMAS O NEXO EPIDEMIOLÓGICO PARA COVID19. IMPORTANTE ENFATIZAR LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN, EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL Y DISTANCIAMIENTO SOCIAL.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)		
PYP VISUAL		PPyP
Información de Remisiones		
NO		

CONSENTIMIENTO INFORMADO
Mediante el presente documento autorizo al profesional abajo mencionado a realizar de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o complementarios, registrado(s) en este documento y dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de dichos servicios; comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado.
Doy constancia con mi firma en este documento, que he actuado en pleno uso de mis facultades mentales, por voluntad propia, sin presiones de ninguna índole y he suministrado información veraz, clara y precisa sobre mi estado de salud, y que he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de dichos exámenes.
Acepto el manejo de confidencialidad que PLATINUM SALUD LABORAL S.A.S de a la misma, autorizo que la información recopilada en la historia clínica y/o complementarios, puede ser utilizada para la generación de informes de condiciones de salud a mi empleador o entidad solicitante, la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológicas o según corresponda, y para las situaciones contempladas en la legislación vigente.

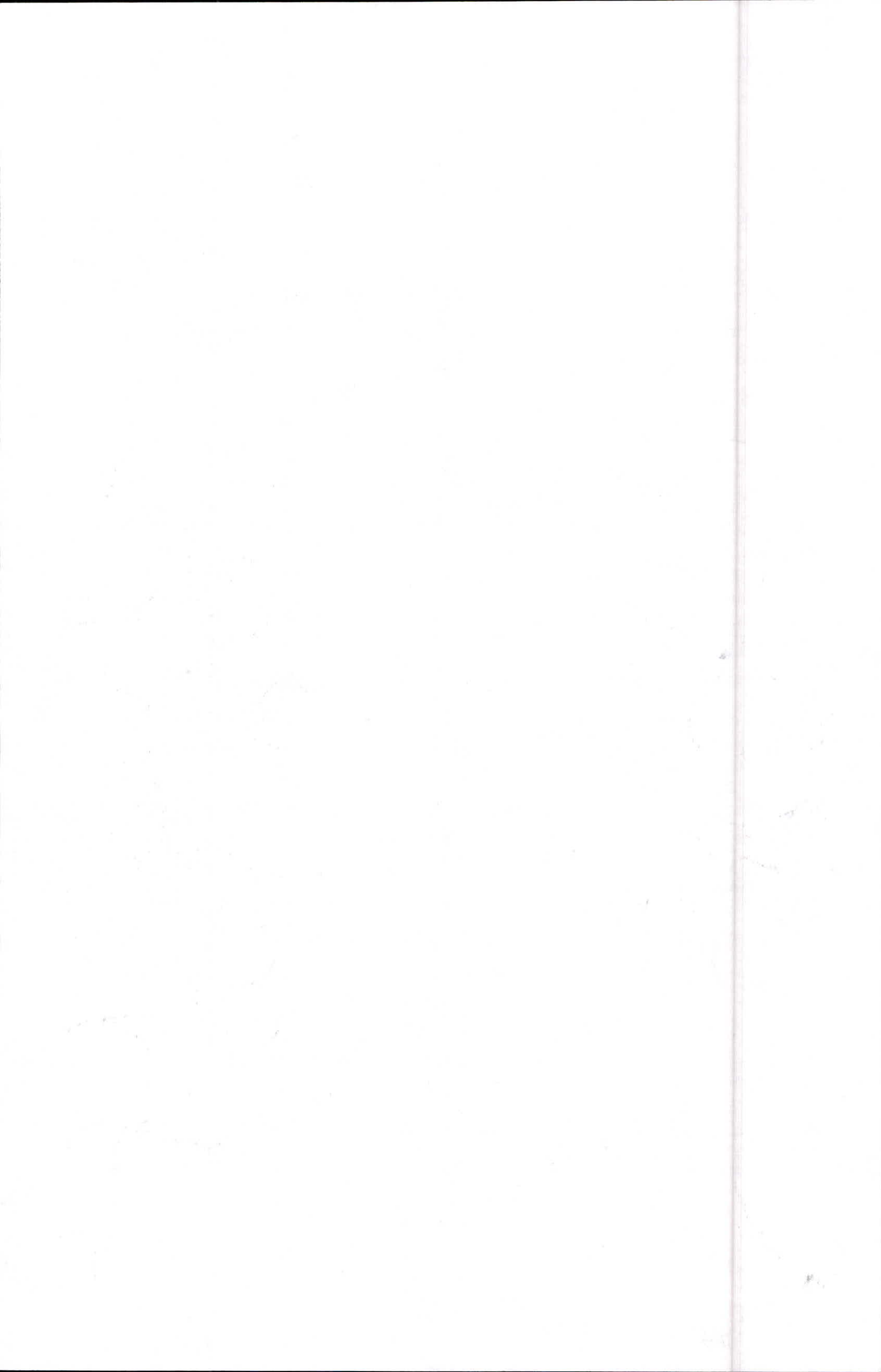
[Firma]
Dr. Iván Javier Becerra Bedoya
Médico Esp. Salud Ocupacional
Rem. Acciones 012997



[Firma]

IVAN JAVIER BECERRA BEDOYA
Médico Especialista en Salud Laboral L.S.O. 13807/2015 13433/2011

LAURA ANDREA GALVIS AMADOR 1098700383
Firma y cédula del Paciente



PAI
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES



**GOBIERNO
DE COLOMBIA**



MINSALUD

NOMBRE: Laura Andrea Galvis Amador NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1098700383

VACUNA	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN			NÚMERO DE LOTE	LABORATORIO	IPS VACUNADORA	FECHA DE PRÓXIMA CITA			NOMBRE DE VACUNADOR
		DD	MM	YYYY				DD	MM	YYYY	
Influenza estacional Mujeres gestantes a partir de la semana 14	Primera										
	Segunda										
	Tercera										
	Cuarta										
	Quinta										
Tétanos, difteria reducida, B. pertussis acelular (TdaP) Mujeres gestantes a partir de la semana 26	Primera										
	Segunda										
	Tercera										
	Cuarta										
	Quinta										
Toroide tetánico y diftérico (Td)	Primera dosis	23	10	2002	sin datos	sin datos	secretaría ciudad y del ambiente gran de stación b	5	10	2002	LAURA R
	Segunda dosis	5	12	2003	SIN DATOS	SIN DATOS	SECRETARIA DE SALUD Y DEL AMBIENTE PLAN DE ATENCION	17	5	2204	LAURA R
	Tercera dosis	17	5	2004	SIN DATOS	SIN DATOS	SECRETARIA DE SALUD Y DEL AMBIENTE PLAN DE ATENCION	17	5	2005	LAURA R
	Cuarta dosis	17	5	2005	SIN DATOS	SIN DATOS	SECRETARIA DE SALUD Y DEL AMBIENTE PLAN ATENCION B	17	5	2006	LAURA R
	Quinta dosis										
	Refuerzo 1										
	Refuerzo 2										
Virus del Papiloma Humano (VPH)	Primera dosis										
	Segunda dosis										
	Tercera dosis										
	Cuarta dosis										
	Quinta dosis										
Rabia Humana	Primera dosis										
	Segunda dosis										
	Tercera dosis										
	Cuarta dosis										
	Quinta dosis										
Suero antirrábico	Primera dosis										
	Adicional										
DPT Acelular	Primera dosis	21	8	2015	C4574AB	SIN DATO	SIN DATO				FIRMA NO LEGIBLE
	Segunda dosis										
	Tercera dosis										
	Cuarta dosis										
	Quinta dosis										
	Primer Refuerzo										
	Segundo Refuerzo										
Fiebre Amarilla	Única	4	5	1998		SANOFI	CS MUTIS				MARITZA SUAREZ
Fiebre tifoidea	Primera dosis										
	Segunda dosis										
Hepatitis A	Primera dosis										
	Segunda dosis										
Hepatitis B	Primera dosis	21	8	2015	UFX14004	SIN DATO	SIN DATO	21	10	2015	FIRMA NO LEGIBLE
	Segunda dosis										
	Tercera dosis										
	Refuerzo										
	Adicional										
Influenza estacional	Primera	4	7	2016	18040S4	NOVARTIS	COMPENALCO	4	7	2017	FIRMA NO LEGIBLE
	Dosis anual										
	Dosis anual										
	Dosis anual										
	Dosis anual										
Anti tuberculosis (BCG)	Única										
Triple viral	Única										
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	23	10	2002	SIN DATOS	SIN DATOS	SECRETARIA DE SALUD Y DEL AMBIENTE PLAN DE ATENCION	23	10	2003	LAURA R
	Refuerzo										
Meningococo Conjugado	Primera										
	Segunda										
Meningococo Polisacárido	Única										
Neumo Conjugado	Única										
Neumococo Polisacárido	Primera dosis										
	Refuerzo										
Herpes zoster	Única										
Colera	Única										

30/12/2022 - Influenza 2022
- Triple Viral
- Haagen Bodillo
- Neumococo.
- Hepatitis A.
SST.



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

Datos del vacunado

Número de Identificación

CC 1098700383

Nombres y Apellidos

LAURA ANDREA GALVIS AMADOR

Fecha de Nacimiento

17/02/1991

Edad

30 Año(s) 7 Mes(es) 21 Día(s)

Régimen

Aseguradora

Contributivo

LA NUEVA EPS S.A



EDAD	TIPO DE ESQUEMA	BIOLÓGICO	DOSIS	ESTADO	FECHA DE APLICACIÓN				LOTE	LABORATORIO	FECHA PRÓXIMA CITA				IPS VACUNADORA	VACUNADOR
					DD	MM	AAAA				DD	MM	AAAA			
Sin rango de edad	PAI Adicional	COVID ASTRAZENECA	Primera	Similar ya aplicada	22	3	2021	EN1195	No registra		12	4	2021		BUCARAMANGA HOSPITAL MILITAR	Fabian Cubides Ramos
			Segunda	Similar ya aplicada	12	4	2021	ER1742	PFIZER		10	5	2021		BUCARAMANGA HOSPITAL MILITAR	FABIAN CUBIDES
			Refuerzo	Dosis por aplicar												
		COVID JANSSEN	Única	Dosis por aplicar												
			Refuerzo	Dosis por aplicar												
		COVID MODERNA	Primera	Dosis por aplicar												
			Segunda	Dosis por aplicar												
			Refuerzo	Dosis por aplicar												
		COVID PFIZER	Primera	Aplicada	22	3	2021	EN1195	No registra		12	4	2021		BUCARAMANGA HOSPITAL MILITAR	Fabian Cubides Ramos
			Segunda	Aplicada	12	4	2021	ER1742	PFIZER		10	5	2021		BUCARAMANGA HOSPITAL MILITAR	FABIAN CUBIDES
			Refuerzo	Dosis por aplicar												
		COVID SinoVac	Primera	Similar ya aplicada	22	3	2021	EN1195	No registra		12	4	2021		BUCARAMANGA HOSPITAL MILITAR	Fabian Cubides Ramos
			Segunda	Similar ya aplicada	12	4	2021	ER1742	PFIZER		10	5	2021		BUCARAMANGA HOSPITAL MILITAR	FABIAN CUBIDES
			Refuerzo	Dosis por aplicar												
	Particular	COVID ASTRAZENECA PARTICULAR	Primera	Similar ya aplicada	22	3	2021	EN1195	No registra		12	4	2021		BUCARAMANGA HOSPITAL MILITAR	Fabian Cubides Ramos
			Segunda	Similar ya aplicada	12	4	2021	ER1742	PFIZER		10	5	2021		BUCARAMANGA HOSPITAL MILITAR	FABIAN CUBIDES
			Refuerzo	Dosis por aplicar												

Sin rango de edad	Particular	COVID JANSSEN PARTICULAR	Única	Dosis por aplicar											
			Refuerzo	Dosis por aplicar											
		COVID MODERNA PARTICULAR	Primera	Similar ya aplicada	22	3	2021	EN1195	No registra	12	4	2021	BUCARAMANGA HOSPITAL MILITAR	Fabian Cubides Ramos	
			Segunda	Similar ya aplicada	12	4	2021	ER1742	PFIZER	10	5	2021	BUCARAMANGA HOSPITAL MILITAR	FABIAN CUBIDES	
			Refuerzo	Dosis por aplicar											
		COVID PFIZER PARTICULAR	Primera	Similar ya aplicada	22	3	2021	EN1195	No registra	12	4	2021	BUCARAMANGA HOSPITAL MILITAR	Fabian Cubides Ramos	
			Segunda	Similar ya aplicada	12	4	2021	ER1742	PFIZER	10	5	2021	BUCARAMANGA HOSPITAL MILITAR	FABIAN CUBIDES	
			Refuerzo	Dosis por aplicar											
		VACUNA SinoVac PARTICULAR	Primera	Similar ya aplicada	22	3	2021	EN1195	No registra	12	4	2021	BUCARAMANGA HOSPITAL MILITAR	Fabian Cubides Ramos	
			Segunda	Similar ya aplicada	12	4	2021	ER1742	PFIZER	10	5	2021	BUCARAMANGA HOSPITAL MILITAR	FABIAN CUBIDES	
			Refuerzo	Dosis por aplicar											

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	22-11-2021	Pfizer	EN1195	DMBUG	Elizabeth Fonseca Aux. Enfermería C.C. 37.514.813 Resolución 05301-2004	
	2	2-04-2021	PFIZER	6R1742	DMBUG	SMSM. Fabian Cubides Ramos U.E. Enfermero Profesional Rg: 17323	532285
			Pfizer Moderna	940877	121h CS/099	Sara Varrera Aux. de Enfermería Reg. 1834 S.S.S.	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	22	16-3-21	Pfizer	PCA0076	DMBUG	Aux. Enfermería Doris Alcida	
	2						

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
Contra Hepatitis B	1	21-SEP-15	UFX14004	Seu
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		23/08/12	1203501 NOCARTIS	Silvia Toral
Otras				
DPT reindar (1) 21/SEP/15 C46743				

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
División de Bienestar Universitario
SERVICIOS DE SALUD

CARNE DE VACUNACION

Nombre: Laura Andrea Galvis A. Código: 2091084

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

ALCALDIA DE BUCARAMANGA
CIUDAD DE TODOS

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

CERTIFICADO DE VACUNACION

NOMBRE Laura Andrea Galvis

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

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

DOSIS 1a. ☐ 2a. ☐ 3a. ☐ Refuerzo ☐

VACUNA Fiebre AMARILLA

NOMBRE LAURA A. Galvis

EDAD 7 años FECHA MAYO 14/08

ORGANISMO C.S. NOTIS

FIRMA VACUNADOR MARITZA SUAREZ

Search

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam... > 1



SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES
Sistema Integral de Información de la Protección Social

Ingresar

Registrarse

Ayuda

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

1098700383

LAURA

GALVIS

Confirme los números de la Imagen *

3 525



Cambiar

3934

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2022-11-06--3:09:40 PM

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

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL



DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO

G. DATOS GENERALES

Quien suscribe: LAURA ANDREA GALVIS AMADOR, mayor de edad, de Nacionalidad COLOMBIANA, de este domicilio, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.098.700.383 de Bucaramanga. Actuando en nombre propio.

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información que se consigna a continuación es real y autorizo para que el Ministerio de Defensa - Ejército Nacional bajo cualquier medio legal corrobore la veracidad de la misma:

Nombre Completo Cédula de Ciudadanía Pregrado - Universidad Posgrado - Universidad	LAURA ANDREA GALVIS AMADOR 1.098.700.383 DE BUCARAMANGA ENFERMERA PROFESAIONAL
Hace parte reserva activa	SI ☐ NO ☒ Indique causal de retiro ☐ Solicitud propia ☐ Por cumplir dos (2) años en Grado de General, Almirante o General del Aire. ☐ Por llamamiento a calificar servicios. ☐ Por sobrepasar la edad correspondiente al grado. ☐ Por disminución de la capacidad psicofísica para la actividad militar. ☐ Por inasistencia al servicio sin causa justificada de acuerdo con el tiempo previsto en el Código Penal Militar para el delito de abandono del servicio. ☐ Por incapacidad profesional. ☐ Por retiro discrecional.

	☐ Por no superar el periodo de prueba. Número y fecha del acto administrativo mediante el cual pasa a ser parte de la reserva activa. Número y fecha del acto administrativo mediante el cual se le liquida y reconoce la asignación de retiro. Se ha afiliado a pensión SI Indique cual PORVENIR Fecha
Experiencia específica (relacionada con el objeto contractual). Los certificados deben estar en la plataforma SIGEP	Contratante OBJETO CONTRACTUAL Vigencia MESES
Dirección de residencia (indicar ciudad)	Dirección: CRA 22#36-60 Ciudad: BUCARAMANGA SANTANDER
Teléfono fijo - Teléfono celular	3004381396
Entidad bancaria y No. De la cuenta Bancaria (indicar si es ahorros - corriente).	Entidad Bancaria: BANCOLOMBIA Sucursal: BUCARAMANGA No. de Cuenta: 79831303820 Ahorros ☒ Corriente ☐
Teléfono fijo - teléfono celular	Tel. Fijo: 6076416244 Tel. Celular: 3004381396
Correos electrónicos en los que recibo cualquier comunicación oficial emanada del Ejército.	Laga17@gmail.com
Contratos vigentes de prestación de servicios (indique entidad - objeto - plazo de vigencia - Vlr. Total contratado)	Contratista DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO NIT 830.039.670-5 No. de Contrato:186 Objeto: Plazo: ENERO 15 DEL 2022 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2022 Vlr. Total Contrato:26.450.000
Otros contratos vigentes (laboral - labor - aprendizaje - ocasional de trabajo - otros)	Tipo de contrato Objeto Plazo Vlr. Total contrato
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 excepción	NOTA 1: APLICA__ NO APLICA__ Pertenece a regímenes excepción razón por la cual debe cancelar los aportes

	correspondientes a salud al Ministerio de Protección Social - Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), en las condiciones establecidas por esta entidad.
Pago de pensión	NOTA 2: APLICA_X_ 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	SOLTERO
Datos cónyuge o compañero permanente: Nombre completo - identificación - empresa o entidad con la cual labora o presta sus servicios - aclare si labora con el MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA y bajo que condición.	Nombre Identificación Empresa - entidad en la cual labora o presta servicios - NIT - tel. contacto EJERCITO NACIONAL Es militar o civil vinculado bajo cualquier modalidad al MINISTERIO DE DEFENSA - EJC -FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada al MINDEFENSA: SI ☐ Especifique: NO ☒
No. De hijos - nombre - identificación	No. de hijos

	Nombre Identificación
Tiene familiares que pertenecen al MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA	NO Grado de consanguinidad Cargo que desempeña NO
Inhabilidades e incompatibilidades.	Me encuentro incurso en alguna causal de inhabilidad e incompatibilidad Constitucional o legal: SI ☐ Especifique: NO ☒

Nombre Completo: LAURA ANDREA GALVIS AMADOR
Identificación: 1.098.700.383

Firma: 

CONFIDENCIAL

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD



FORMATO DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA O.P.S

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha 28/ Diciembre 1 2022

YO: Laura Andrea Galvis Amador, identificado-a con CC. 1098700383
de Bocaramanga. Me presento de forma libre, espontanea para ser evaluado-a por el área de salud mental (psicología) del ESM DMBUG, para el proceso de selección de la vacante Enfermera JEFE. 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 Laura A Galvis C.C. 1098700383



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 B/ga FECHA EVALUACIÓN 28/12/22 UNIDAD: DMBUG

APELLIDOS Y NOMBRES: <u>Galvis Amador Laura Andrea</u> c.c. <u>1098700383</u>		
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: <u>B/ga 17/02/91</u>		
EDAD: <u>31</u>	ESTADO CIVIL: <u>Soltera</u>	ESCOLARIDAD: <u>Profesional</u>
DIRECCION DE RESIDENCIA: <u>Cra 2A # 65B-23</u>		TELEFONO: <u>3004381396</u>
ESTUDIOS REALIZADOS: <u>PREGRADO UNIVERSIDAD/ AÑO</u>		UNIDAD A LA QUE ASPIRA: <u>DMBUG</u>
EGRESO <u>VIS 2015</u>		
POST GRADO: TITULO:	UNI: <u>AÑO</u>	
EGRESO		
ENTREVISTA: <u>1 VEZ</u> <u>X</u> <u>2 O +</u>		E-MAIL:

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:

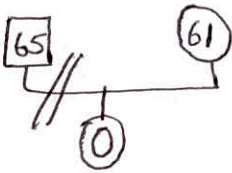
Sociable, Carismática, Responsable, Organizada, Hogareña.

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 siente afectivamente.)

Familia: Relación funcional con los padres, única hija, padres separados.

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



Red de apoyo funcional.
buenos niveles de comuni-
cación y trato.

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

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
Cuidarte IPS.	Esuprim. Jefe	1 año	Aurora T.	Disponibi. Tpo.
DMBVB	Esuprim. Jefe	7 años	Cr Rada.	Activa.

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):

Entregada a la Profesión, Responsable, Organizada, Trabajadora.

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

Fortalezas: Responsable, Trabajadora, Puntual.
Debilidades: Emotiva.

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

Dejar de ser tan Emotiva.
Tiempo laborado con Institución 7 años Fortalezas Responsabilidad Debilidades Emotiva.

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

1. Estabilidad laboral	Calidad de Vida.
2. Oportunidades / laboral y/o promoción.	Oportunidad laboral.
3. Salario.	Puntual
4. Oportunidad de demostrar habilidades y conocimientos. (describa su aporte Institucional)	Desempeño en la profesión.
5. Reputación de la Institución.	Buena
7. Seguridad y beneficios adicionales.	Segura.
8. Formación y desarrollo profesional.	Oportunidad de trabajo.
9. Mision Institucional.	Cumple.
10. Atmósfera/clima de trabajo.	Bueno.

IV. DIMENSION SALUD ANTECEDENTES

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

ASPECTOS CLINICOS	SI	NO	OBSERVACIONES
¿JUSTO A SIDO VALORADO O TRATADO POR PSICOLOGÍA Y/O PSIQUIATRÍA		X	
¿PRESENTA ALTERACIONES EN EL SUEÑO?		X	
¿SUS HABITOS DE ALIMENTACIÓN SON NORMALES?	X		
¿ESCUCHA VOCES, OBSERVA OBJETOS O PERSONAS QUE NADIE MAS VE?		X	
¿PRESENTA USTED CAMBIOS CONSTANTES EN SUS ESTADOS DE ANIMO?		X	
¿CONSUME ALCOHOL CON QUE FRECUENCIA?		X	
¿HA CONSUMIDO O PROBADO ALGUN TIPO DE DROGA ILÍCITA? CUAL?		X	
¿LLORA USTED FÁCILMENTE O SE DEPRIME CON FACILIDAD?		X	
¿EN SU FAMILIA HAY ANTECEDENTES DE SUICIDIO?		X	
¿EN SU FAMILIA HAY ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD MENTAL?		X	
¿USTED ALGUNA VEZ HA INTENTADO QUITARSE LA VIDA?		X	
¿USTED EN ALGUNA OCASION HA PENSADO EN QUITARSE LA VIDA?		X	

III E. COMO SE ENTERO DE LA VACANTE?

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

IV A. DESCRIBA SU SALUD ACTUALMENTE

(El evaluado debe referir su estado actual, enfermedades, tratamientos, antecedentes familiares etc)

Sana.

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

Participa en Actividades sociales: Si X No ___ Cuales? ___ Frecuentes ___
Posee Amigos / Amistades? : Si X No ___ Obser: ___
Practica deportes Si ___ No X Actividades Tiempo libre: Caminar.
Personas a cargo: ___ vivienda propia X Alquilada ___
Haga una descripción sobre su manejo del dinero ___
Se siente bien remunerado: Si X No ___ Pq? ___

RESULTADOS PRUEBA DE PERSONALIDAD - CAQ

D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	Pa	Pp	Sc	As	Ps
0	0	11	4	1	4	1	2	10	1	9	1
4	4	6	4	4	4	4	4	4	4	4	4

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, se percibe ubicada en las tres esferas, pensamiento lógico, lenguaje fluido, sin antecedentes psicopatológicos. Cuenta de apoyo funcional. Se aplica CAQ con escalas dentro de parámetros normales.

Favorable



Desfavorable



Dra. Consuelo Calderón Corzo
Psicóloga
C.C. 63.368.266

UNIDAD, NOMBRE CLARO, FIRMA Y SELLO DEL PSICOLOGO EVALUADOR

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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				