



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
AREA GESTION DE PRESTACION SERVICIOS DE
SALUD
GRUPO ADMINISTRADOR DE SERVICIOS ASISTENCIALES



APRES-GADSE - 29.25

Bogotá D.C., 09 de febrero de 2023

Señor capitán
 CARLOS ALBERTO GUILLEN AGUDELO
 Jefe Unidad Prestadora de Salud Caldas
 Manizales

Asunto: respuesta comunicado oficial GS-2023-006526-DECAL proyección de necesidad de personal asistencial 2023

De manera atenta me permito remitir al señor capitán, la proyección de necesidades de personal asistencial 2023 de la UPRES Caldas como se describe a continuación:

CONSTANCIA NECESIDADES DE PERSONAL ASISTENCIAL

No. 011 – 0 – AS

De acuerdo con lo establecido en el instructivo 018 DISAN – PLANE del 29 - 05 - 2020 "Metodología para el Cálculo Necesidades de Personal CNP Adecuación de Volumen y Cargas de Trabajo en la Dirección de Sanidad", se obtiene la proyección del talento humano asistencial; certificado por el Jefe del Área Gestión de Prestación Servicios de Salud "APRES", con ello cada UPRES conoce las necesidades de personal asistencial que requiere y le permite tomar decisiones efectivas en aras de optimizar, potencializar y garantizar el Talento Humano Institucional.

Lugar de prestación del servicio	Servicio ofertado	Perfil requerido	Total requerido en horas/día	Total asistencial actual en horas/día		Total faltante en horas día	Total faltante en horas mes
				Uniformado	No Uniformado		
UPRES Caldas	Extramural	Técnico Auxiliar de Enfermería	8	0	0	8	190
UPRES Caldas	Programas de Gestión del Riesgo General-Extramural	Enfermero	8	0	0	8	190
UPRES Caldas	Medicina General-Extramural	Médico General	8	0	0	8	190
UPRES Caldas	Odontología General - Extramural	Odontólogo General	8	0	0	8	190
UPRES Caldas	Psicología - Extramural	Psicólogo	8	0	0	8	190
UPRES Caldas ESPCO Clínica DECAL	Nutrición y Dietética Programa Médico Domiciliario Taller de Nutrición Saludable	Nutricionista Dietista	8	0	8	0	0
UPRES Caldas	Programa Médico Domiciliario	Técnico Auxiliar de Enfermería	8	0	0	8	190
UPRES Caldas	Programa Médico Domiciliario	Enfermero	6	0	6	0	0
UPRES Caldas	Programa Médico Domiciliario	Médico General	8	0	0	8	190
UPRES Caldas	Programa Médico Domiciliario	Psicólogo	8	0	0	8	190
UPRES Caldas	Programa Médico Domiciliario	Terapeuta Físico	8	0	8	0	0

UPRES Caldas ESPCO Clínica DECAL	Terapia Respiratoria Programa Médico Domiciliario	Terapeuta Respiratorio	8	0	0	8	190
UPRES Caldas	Programa Médico Domiciliario	Trabajador Social	6	0	0	6	142,5
ESPCO Clínica DECAL	Fonaudiología	Fonaudiólogo	6	0	0	6	142,5
ESPCO Clínica DECAL	Gerontología	Gerontólogo	8	0	0	8	190
ESPCO Clínica DECAL	Ginecobstetricia Consulta post parto madre y recién nacido	Médico Especialista en Ginecobstetricia	8	0	0	8	190
ESPCO Clínica DECAL	Hospitalización Baja Complejidad Urgencias Adulto Baja Complejidad	Auxiliar Camillero	16	0	0	16	380
ESPCO Clínica DECAL	Hospitalización Baja Complejidad Urgencias Adulto Baja Complejidad	Técnico Auxiliar de Enfermería	72	0	8	64	1520
ESPCO Clínica DECAL	Hospitalización Baja Complejidad Urgencias Adulto Baja Complejidad	Enfermero	56	0	0	56	1330
ESPCO Clínica DECAL	Hospitalización Baja Complejidad Urgencias Adulto Baja Complejidad	Médico General	56	0	0	56	1330
ESPCO Clínica DECAL	Laboratorio Clínico Baja Complejidad Toma de Muestras de Laboratorio	Bacteriólogo	20	0	12	8	190
ESPCO Clínica DECAL	Laboratorio Clínico Baja Complejidad Toma de Muestras de Laboratorio	Técnico Auxiliar de Enfermería y/o Laboratorio Clínico	16	0	0	16	380
ESPCO Clínica DECAL	Medicina Familiar	Médico Especialista en Medicina Familiar	6	0	0	6	142,5
ESPCO Clínica DECAL	Medicina Interna	Médico Especialista en Medicina Interna	8	0	0	8	190
ESPCO Clínica DECAL	Medicina General Consulta de atención para la planificación familiar y anticoncepción Consulta post parto madre y recién nacido Consulta de atención para el cuidado preconcepcional Consulta de atención para la valoración integral en la adolescencia y la juventud Consulta de atención para la valoración integral en la adultez Consulta de atención para la valoración integral en la vejez Consulta de atención para la valoración integral en la primera infancia e infancia Consulta de atención para el cuidado prenatal Curso de preparación para la maternidad y	Médico General	64	0	0	64	1520

		paternidad Tamizaje cáncer cuello uterino						
ESPCO DECAL	Clinica	Medicina General Medicina Especializada Vacunación	Técnico Auxiliar de Enfermería	32	0	0	32	760
ESPCO DECAL	Clinica	Consulta de atención para la planificación familiar y anticoncepción Consulta de atención para la valoración integral en la adolescencia y la juventud Consulta de atención para la valoración integral en la adultez Consulta de atención para la valoración integral en la primera infancia e infancia Consulta de atención para el cuidado prenatal Curso de preparación para la maternidad y paternidad Tamizaje cáncer cuello uterino Vacunación	Enfermero	14	0	0	14	332,5
ESPCO DECAL	Clinica	Odontología General Consulta de atención para la valoración de salud oral	Odontólogo General	28	0	4	24	570
ESPCO DECAL	Clinica	Odontología General	Técnico Auxiliar de Odontología	24	0	8	16	380
ESPCO DECAL	Clinica	Ortopedia y Traumatología	Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología	4	0	4	0	0
ESPCO DECAL	Clinica	Pediatría	Médico Especialista en Pediatria	14	0	0	14	332,5
ESPCO DECAL	Clinica	Psicología	Psicólogo	8	0	0	8	190
ESPCO DECAL	Clinica	Psiquiatría	Médico Especialista en Psiquiatría	8	0	0	8	190
ESPCO DECAL	Clinica	Terapia Física y Rehabilitación Actividad Física Dirigida	Terapeuta Físico	16	0	0	16	380
ESPRI Escuela Alejandro Gutiérrez		Medicina General	Técnico Auxiliar de Enfermería	6	0	0	6	142,5
ESPRI Escuela Alejandro Gutiérrez		Medicina General	Médico General	6	0	0	6	142,5
ESPRI Escuela Alejandro Gutiérrez		Odontología General	Odontólogo General	4	0	4	0	0
ESPRI Escuela Alejandro Gutiérrez		Odontología General	Técnico Auxiliar de Odontología	4	0	0	4	95

La fuente para determinar el total de talento humano de planta, uniformado y no uniformado es la base de datos del grupo de talento humano de la DISAN, la cual es remitida a APRES, listado de personal remitido y aplicación de la metodología descrita en el instructivo por la Unidad Prestadora de Salud Caldas para realizar la actualización de la constancia.

Los datos de talento humano: requerido, existente en planta (uniformado - no uniformado) y el faltante se expresan para cada perfil y servicio; la información de la columna titulada "total horas día faltantes" corresponde a las horas que la UPRES tiene disponibles para contratar. Es responsabilidad de la UPRES CALDAS determinar su distribución en personas de dos (2), cuatro (4), seis (6) y ocho (8) horas día entre otras, según la necesidad.

Se expide la presente de acuerdo a comunicado oficial GS-2023-006526-DECAL enviado por el señor capitán Carlos Alberto Guillen Agudelo Jefe Unidad Prestadora de Salud Caldas más correo electrónico, la cual vigencia hasta el 31 - 12 - 2023.

Revisó y aprobó la adecuación de volumen de personal asistencial: Capitán Carlos Alberto Guillen Agudelo
Jefe Unidad Prestadora de Salud Caldas

Elaborado Metodológicamente por: Capitán Carlos Alberto Guillen Agudelo
Jefe Unidad Prestadora de Salud Caldas

Revisado por: Teniente. Sandy Julieth Trujillo Carrillo
Jefe Grupo Administrador de Servicios Asistenciales (E)

Revisado Metodológicamente por: SM18 María Carolina Martínez Barcha
APRES-GADSE

Atentamente,



Firmado digitalmente por:
Nombre: Sandra Mireya Vargas Vargas
Grado: Mayor
Cargo: Jefe Area Gestion De Prestacion Servicios De Salud
Cédula: 24050115
Título: Especialista En Servicio De Policia
Dependencia: Grupo Apoyo Diagnostico Y Terapeutico
Unidad: Direccion De Sanidad
Correo: mireya.vargas@correo.policia.gov.co
9/02/2023 11:34:50 a. m.

Anexo: no

Calle 44 No 50-51 CAN 2 piso
Teléfono: 5804400 Ext. 7676
disan.apres@correo.policia.gov.co
www.policia.gov.co



SC 6545-1.7-NT

CO SC 6545-1.7-NT

INFORMACIÓN PÚBLICA

Manizales

Señor Coronel
DIEGO ENRIQUE FONTAL CORNEJO
Comandante Policía Metropolitana de Manizales
Ciudad

Respetado Señor Coronel,

Con el presente me permito ofrecer a la Policía Nacional – Dirección de Sanidad - Policía Metropolitana de Manizales -, los servicios como Enfermera Profesional que serán prestados de manera principal en el Establecimiento *Complementario de Atención en Salud – Clínica la toscana y eventualmente donde se requiera dentro del ámbito de competencia de la unidad prestadora de salud caldas y de acuerdo con lo relacionado en la cláusula de obligaciones del contratista*, cuando por necesidades del servicio se requiera; para el efecto me acogeré a los honorarios establecidos por la Entidad.

Para lo anterior me permito manifestar bajo la gravedad de juramento, que no me encuentro relacionado en el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República, con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en el artículo 60 de la Ley 610 de 2000.

Igualmente declaro que no me encuentro incurso en inhabilidades o incompatibilidades con relación al contrato a suscribir, incluida la relacionada en el artículo 6 a la ley 2097 del 2021 (Artículo 6°. Consecuencias de la inscripción en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos. La inscripción en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos generará las siguientes consecuencias: 1. El deudor alimentario moroso solo podrá contratar con el Estado una vez se ponga a paz y salvo con sus obligaciones alimentarias), como tampoco me encuentro incurso en algún tipo de prohibición, y/o conflicto de intereses y que acepto que la entidad contratante realice las consultas de rigor, (De manera previa a su firma y/o con la periodicidad que la ley ordene) ante la procuraduría, contraloría, policía, (Por antecedentes Judiciales, Antecedentes de Infractores al código de Policía, o por conductas relacionadas en la ley 2014 del 30/12/2019, Por medio de la cual se regulan las sanciones para condenados por corrupción y delitos contra la Administración pública, reglamentada a través del decreto 1358 del 2020, o por delitos sexuales a menores de edad –Ley 1918/2018) y la relacionada con el artículo 6 a la ley 2097 del 2021 y demás estamentos, para corroborar la veracidad los datos consignados en mi hoja de vida.

De otro lado también declaro que no me encuentro sancionado por conductas contrarias a la ética profesional, que me inhabiliten en el ejercicio de la profesión) y por lo cual adjunto el certificado correspondiente que lo acredita. (Aplica para médicos, Abogados, odontólogos, Enfermera jefe, Psicólogo).

En caso de que sobrevenga alguna causal de inhabilidad o incompatibilidad, conflicto de intereses, o prohibición durante la ejecución del contrato, o sanción de orden ético que restrinja mi ejercicio profesional, me comprometo de manera inmediata a notificarlo al supervisor del contrato y al contratante para que se tomen las medidas a que haya lugar.

También declaro que a la fecha NO (x), SI () tengo contratos en ejecución con otras entidades públicas. (En caso positivo relacionarlos _____), estando en todo caso con toda la capacidad e idoneidad para ejecutar el presente contrato.

Por último informo bajo la gravedad del juramento, que no presento patología, y/o alguna condición de salud, (o circunstancia especial) que me restrinja en el ejercicio de mi profesión, de manera presencial, frente a la actividad objeto de contrato, teniendo en cuenta la situación de pandemia por el covid-19, tal cual como lo manifesté al médico ocupacional dentro del examen pre ocupacional.

En caso de ser atendido mi requerimiento, solicito me sea informado en la siguiente dirección y teléfono Calle 15 #12-13 - 3203082524.

Autorizo igualmente a la entidad para que cualquier notificación que se deba realizar con relación a esta propuesta y/o al contrato, se realice en el siguiente correo electrónico: manugarciamu11@gmail.com

Para los anteriores fines, me permito remitir mi hoja de vida y demás soportes que requiere la entidad.

Cordialmente.

Manuela Garcia M
cc. 1053831049



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>García</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Morillo</u>	NOMBRES <u>Manuela</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>1053871049</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS <u>Colombia</u>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA PAÍS DÍA <u>23</u> MES <u>06</u> AÑO <u>1999</u> DEPTO. <u>Caldas</u> MUNICIPIO <u>Fibolefia</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Calle 15 # 12-13</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO. <u>Caldas</u> MUNICIPIO <u>Manizales</u> TELÉFONO <u>3203082524</u> EMAIL <u>manuagarciamorillo@gmail.com</u>

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: <u>Bachiller Académico</u>	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO		
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES <u>12</u> AÑO <u>2016</u>	

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	
UN	8	X		Enfermería	07	2021	1053871049

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

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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Manuela Garcia Morillo

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

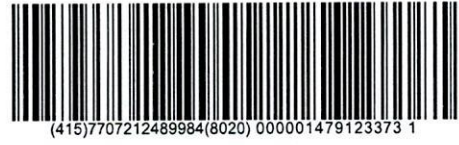
CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

2. Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario

14791233731



(415)7707212489984(8020) 000001479123373 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 5 3 8 7 1 0 4 9

6. DV

0

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Manizales

14. Buzón electrónico

1 0

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de identificación

1 0 5 3 8 7 1 0 4 9

27. Fecha expedición

2 0 1 7, 0 6, 3 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Caldas

1 7

30. Ciudad/Municipio

Manizales

0 0 1

31. Primer apellido

GARCIA

32. Segundo apellido

MURILLO

33. Primer nombre

MANUELA

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Caldas

1 7

40. Ciudad/Municipio

Filadelfia

2 7 2

41. Dirección principal

CORR DE SAMARIA

42. Correo electrónico

manuela.garcia@ucm.edu.co

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 0 3 0 8 2 5 2 4

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 6 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 1, 0 5, 0 5

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2	0																							

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

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 ☐

60. No. de Folios: 5

61. Fecha 2021 - 10 - 06 / 11 : 12: 53

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 GRISALES TABARES MARVE LUZ

985. Cargo Analista IV

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.053.871.049

GARCIA MURILLO

APELLIDOS

MANUELA

NOMBRES

Manuela Garcia M

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-JUN-1999

FILADELFIA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 A+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

30-JUN-2017 MANIZALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS CALINDO YACHA

INDICE DERECHO



P-0900100-00929150-F-1053871049-20170802 0056863423A 1 49488343



Universidad®
Católica
de Manizales

*Personería Jurídica según Decreto 271 del 19 de junio de 1962 de la Arquidiócesis de Manizales
y Resolución 03275 del 25 de junio de 1993 del Ministerio de Educación Nacional*

Acta de Grado

No. 85

En la ciudad de Manizales, el día 16 de julio de 2021, la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
previo juramento reglamentario confirió el título de:

Enfermera

a

Manuela García Murillo

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1053871049 de Manizales(Caldas), quien cumplió con los
requisitos académicos establecidos en los reglamentos y normas legales para el otorgamiento del título.

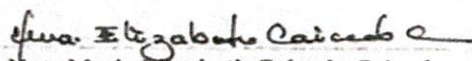
El diploma se encuentra registrado en el Libro de Grado No. 24 Folio 71-2112

Modalidad de grado: Proyecto de investigación articulado a un semillero de investigación.

Título: "Modelo de practica en el laboratorio de simulación clínica".

Tutor de trabajo de grado: Betancur Manrique Yanier No de CC: 1053780138

En fe de lo anterior se firma la presente acta de grado expedida en la ciudad de Manizales,
el día 16 de julio de 2021.


Hna. Maria Elizabeth Caicedo Caicedo
Rectora


Abg. Catalina Triana Navas
Secretaria General

MANUELA GARCIA MURILLO

La República de Colombia
y en su nombre la



Universidad[®]
Católica
de Manizales

*Personería jurídica según decreto 271 del 19 de junio de 1962 de la Arquidiócesis de Manizales
y Resolución 03275 del 25 de junio de 1993 del Ministerio de Educación Nacional*

Reconociendo que

Manuela García Murillo

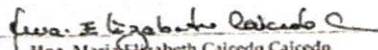
C.C. 1.053.871.049 de Manizales - Caldas

Cumplió con todos los requisitos reglamentarios,
le confiere el título de:

Enfermera

Código SNIES: 7950

Expedido en la ciudad de Manizales (Colombia) a los 16 días del mes de julio de 2021


Hna. María Elizabeth Caicedo Caicedo
Rectora


Abg. Catalina Triana Navas
Secretaria General

Folio 71, Registro 2112, Libro de Grados 24

La Universidad Católica de Manizales es una Institución de Educación Superior sujeta a inspección y vigilancia por el Ministerio de Educación Nacional

MANUELA GARCIA MURILLO



Nit. 900386743-5

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.grupocolombianodeemergencias.com

CERTIFICA QUE:

MANUELA GARCIA MURILLO

C.C. 1.053.871.049

ASISTIO EL CURSO TALLER:

“ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y VIOLENCIA SEXUAL”

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE MANIZALES (CALDAS) EL DÍA 04 DE JUNIO DEL 2021

DURACIÓN 40 HORAS

Según Resolución 0459 del 2012.

Resolución 3100/2019. LICENCIA No 4461 de 29/04/2011.


KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.


Ana Catalina Herrera D.
DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA-EPIDEMIOLOGA
RM No. 1020721546
INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE.


CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS
EN MANIZALES (CALDAS) EL DÍA 04 DE JUNIO DEL 2021
PARA CANCELACION Y SERVICIOS
DE EMERGENCIAS Y SALUD
NIT. 900386743-5



SEGURAMENTE COLOMBIANO

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!
LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270
LINEA NACIONAL 3107451759



Nit. 900386743-5

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.grupocolombianodemergencias.com

CERTIFICA QUE:

MANUELA GARCIA MURILLO

C.C. 1.053.871.049

ASISTIO EL CURSO TALLER:

“SOPORTE VITAL AVANZADO “SVA-ACLS” “MANEJO DEFINITIVO DEL PACIENTE CON PARADA CARDIORESPIRATORIA”

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE MANIZALES (CALDAS) EL DÍA 04 DE JUNIO DEL 2021

DURACIÓN 48 HORAS

DESARROLLADO CON LAS GUÍAS MUNDIALES EN REANIMACION 2020

SEGÚN CONSENSO DEL INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION (ILCOR)

PARA EL PERSONAL DE SALUD Y EMERGENCIAS.

TEMARIO: REANIMACION CARDIOPULMONAR Y VIA AREA AVANZADA, ECV, SCA, RITMOS DE PARO, MANEJO DEL DESFIBRILADOR, CODIGO AZUL TALLER DE HABILIDADES Y SOFTWARE.

Resolución 3100/2019. LICENCIA No 4461 de 29/04/2011.


KAREN LOBO NARVAEZ.

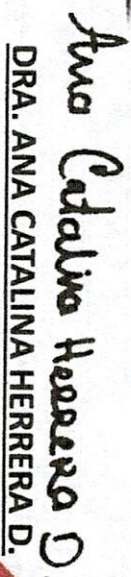
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.


DR. JUAN PABLO SALGADO C.

COORDINADOR MEDICO.
NEUROCIRUJANO

REGISTRO MEDICO NO. 20511/05

INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE.


DRA. ANA CATALINA HERRERA D.

COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA-EPIDEMIOLOGA

RM No. 1020721546

INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE.



ORGANIZANTE
COLOMBIANO



Nit. 900386743-5

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.grupocolombianodemergencias.com

CERTIFICA QUE:

MANUELA GARCIA MURILLO

C.C. 1.053.871.049

APROBÓ EL CURSO TALLER:

“TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO”

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE MANIZALES (CALDAS) EL DÍA 04 DE JUNIO DE 2021
DURACIÓN 20 HORAS.

LICENCIA No 4461 de 29/04/2011. SECRETARIA DE SALUD.

COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.

Karen Lobo Narvaez
KAREN LOBO NARVAEZ.

COORDINADOR MEDICO.
REGISTRO MEDICO NO. 20511/05
NEUROCIURIJANO

Dra. Ana Catalina Herrera B.
DRA. ANA CATALINA HERRERA B.

COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA-EPIDEMIOLOGA
RM No. 1020721546



ORGANIZACION
COLOMBIANA

FECHA DE RENOVACION JUNIO 2023.

grupocolombianodemergencias@gmail.com



Grupo Colombiano de Emergencias



@Grupocolombiano

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!
LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270
LINEA NACIONAL 3107451759



GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.grupocolombianodeemergencias.com

CERTIFICA QUE:

MANUELA GARCIA MURILLO
C.C. 1.053.871.049

REALIZO EL CURSO TALLER DE:

“VACUNACIÓN (PAI)”

“PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN”

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE MANIZALES (CALDAS) EL DÍA 05 DE JUNIO DEL 2021

DURACIÓN 64 HORAS.

TEMARIO: NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SISTEMA INMUNOLÓGICO, RESPUESTA ANTÍGENO ANTICUERPO, INMUNIDAD ACTIVA, INMUNIDAD PASIVA, INMUNIDAD ADQUIRIDA, INMUNIDAD NATURAL, CADENA DE FRIO, ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES, ESQUEMA PAI, VACUNAS NO POS Y RESPONSABILIDAD PROFESIONAL.

Resolución 3100/2019. Licencia No. 4461 de 29/04/2011.

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
COORDINADOR MEDICO.
NEUROCIRUJANO
REGISTRO MEDICO NO. 20511/05

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA-EPIDEMIOLOGA
RM No. 1020721546



GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

FECHA DE RENOVACION JUNIO DE 2023

grupocolombianodeemergencias@gmail.com



Grupo Colombiano de Emergencias



@Grupocolombiano

Cel.3107451759

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!
LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270
LINEA NACIONAL 3107451759



FUNDACIÓN NUESTRA
ORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1



Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no
formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

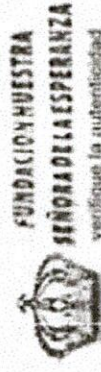
Manuela García Murillo

CC 1053871049 de Manizales - Caldas

zó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Decreto
1033 de 2014.
con un total de 100 Horas.

Fecha de emisión: 2025-02-27

Fecha de vencimiento: 2025-02-27



verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestraesnoradelaesperanza.org

Sol Covalleda

SOLANILLY COVALEDA
Representante Legal.

Deibie Stevens

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3208

Docente.

Rosa Guzman

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

 **GOBIERNO DE COLOMBIA**  La salud es de todos 

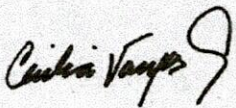
ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

MANUELA GARCIA MURILLO
C.C. 1.053.871.049
Universidad Católica De Manizales
Manizales
Fecha de Expedición Diploma: 16/07/2021
Fecha de Inscripción en Rethus: 01/09/2021



45963



Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.
www.oceinfo.org.co

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

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) MANUELA GARCIA MURILLO identificado(a) con CC 1053871049 registra la siguiente información:

2022-03-14—2:00:21 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2021-09-01	1053871049	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA NO APLICAI	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGANIZACION COLEGIAL DE La ENFERMERIA

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 de Talento Humano en Salud (ReTHUS).

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL



POLICIA METROPOLITANA DE MANIZALES
FORMULARIO No. 2
DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD Manizales. FECHA 27/02/2023

Me permito certificar la siguiente información con el objeto de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF.

APERTURA X CANCELACIÓN _____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad Beneficiario: Manuela Garcia Murillo. NIT _____ Y/O
C.C. 1053871049 Dirección calle 15 # 12-13 N° Celular 3203082524.
Fijo _____

País COLOMBIA Departamento CALDAS Ciudad MANIZALES

Denominación de la cuenta Corriente _____ Ahorros X

Teniendo en cuenta que la Tesorería informará al proveedor sobre la realización del pago, indicando el día del giro, concepto y cuenta del beneficiario, para que éste verifique el abono en la respectiva cuenta y confirme a la Entidad, el proponente deberá manifestar si está información la recibirá por correo electrónico o telefónicamente para lo cual tendrá en cuenta lo siguiente:

1. Si es a través de correo electrónico el proponente verificará que los recursos fueron recibidos y dará respuesta al correo electrónico de la Tesorería de la Entidad dentro del siguiente día hábil.
2. Si desea la información vía telefónica al día hábil siguiente de confirmada la información deberá acercarse personalmente a la Tesorería para firmar el egreso original y el libro de radicación de giros de cuentas comerciales

CORREO ELECTRÓNICO: manugarciamurillo@gmail.com SI (X)

TELÉFONO: 3203082524 SI (X)

II. DATOS DE LA ENTIDAD DE CRÉDITO:

Entidad Financiera Davivienda Código _____

Sucursal _____ Código _____ Ciudad MANIZALES

Dirección calle 34 No 23-40 Teléfono 8852526 Fax _____

Número de la cuenta 4884 24714472 (Adjuntar certificación bancaria)

NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO



CERTIFICADO

**MANIZALES,
CALDAS,
COLOMBIA,**

27/02/2023

Por medio de la presente hacemos constar que la **señora MANUELA GARCIA MURILLO** con **Cédula de Ciudadanía n#mero 1053871049**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	0550488424714472
Saldo a la fecha	243.07 Pesos
Fecha de apertura	25/10/2021

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:01:31 AM horas del 28/02/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1053871049**

Apellidos y Nombres: **GARCIA MURILLO MANUELA**

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.

[Volver al Inicio](#)



Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

👤 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 28/02/2023 06:52:55 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1053871049** y Nombre: **MANUELA GARCIA MURILLO**.

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. **54609396**. La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

[🔍 Nueva Búsqueda](#)[🖨 Imprimir](#)

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 28 de febrero de 2023, a las 06:51:15, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1053871049
Código de Verificación	1053871049230228065115

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. 217591037



WEB

06:47:49

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 28 de febrero del 2023

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) MANUELA GARCIA MURILLO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1053871049:

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 Relacionamiento 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.



TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA

NIT: 830040508-1

Ley 266 de 1996 / Ley 911 de 2004:

"Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

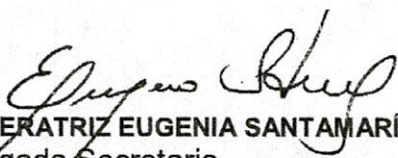
HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **MANUELA GARCIA MURILLO** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.053.871.049, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

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

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los dieciséis (16) días del mes de febrero del año dos mil veintitrés (2023).

Cordialmente,

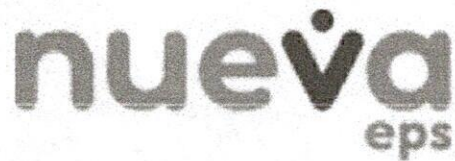

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

AUTORIZACION CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES
CONTRA NIÑOS Y ADOLESCENTES

EL (la) suscrito (a) Manuela Garcia Morillo, identificado (a) con la CC (X)
CE () PP () No., 1053871044 expedida en Manizales el día 30/06/2017
autorizo libre, expresa e inequívocamente y exclusivamente para los fines y en los términos
señalados en la ley 918 del 2018, reglamentada por el decreto 753 del 2019, a la Policía
Metropolitana de Manizales, Unidad Prestadora de Salud Caldas, con NIT. No. **900805219-6**, a
consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra
personas menores de edad, que administra el Ministerio de Defensa Nacional - Policía Nacional de
Colombia, de manera previa a mi proceso de selección y/o eventual celebración de contrato y de
llegarse a formalizar, cada cuatro meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre
vigente.

Así mismo declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de
conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la ley
1581 del 2012, decreto 1074 del 2015 (y/o la que se encuentre vigente) y la política de tratamientos
personales, manifestando que he sido informado (a) de manera clara y suficiente de los fines de su
tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Manizales, el día 27, de 02 del 2023.



CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) **MANUELA GARCIA MURILLO**; identificado(a) con **CC** número **1053871049**; se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: **03/08/2012**

Estado de la Afiliación **Vigente**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los **28** días del mes **2** del año **2023**

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

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MANUELA GARCIA MURILLO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1053871049**, se encuentra afiliado/a desde **06/10/2021** 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 28 de febrero de 2023.



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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA
VIGILADO

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO Manuela Garcia Morillo

IDENTIFICADO CON: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ No 1063871049 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

DIRECCIÓN Calle 13 # 12-13 TELÉFONOS 3203082524

MUNICIPIO Manizales DEPARTAMENTO Caldas PAÍS Colombia

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Juan de la Cruz Garcia Toro	4421184	Padre
Luz Dary Morillo Henao	24645505	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3º DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN ☒ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACIÓN ☐ PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐ QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	2955282
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Daviivienda	Ahorros	488424714472	Manizales	

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Nº
	CC ☐ CE ☐ OTRO ☐	

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA 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 PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Manuelo Garcia Morillo

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

27/02/2023 Manizales

CIUDAD Y FECHA



CORPORACION IPS UNIVERSITARIA DE CALDAS
900251503
CORPORACION IPS UNIVERSITARIA
CERTIFICADO DE EXAMEN MEDICO DE APTITUD LABORAL
Version 01

[RRepEncu]

Paciente CC 1053871049 MANUELA GARCIA MURILLO
His Cli 1053871049 Sexo F Edad 23 AÑOS Tip. Sangre A+ G. etareo 6 Fecha: 01/12/22
Fec. Ingreso 01/12/2022 15:45:00 Servicio AMBULATORIO Folio 1 Hora: 15:35:36
Pabellón Consulta Externa Cama
Sede de Atención: 001 CORPORACION IPS UNIVERSITARIA

CERTIFICADO DE EXAMEN MEDICO DE APTITUD LABORAL

I. DATOS DEL EMPLEADO:

NOMBRE DE LA EMPRESA: POLICIA NACIONAL
CARGO: ENFERMERA PROFESIONAL

II. TIPO DE EVALUACIÓN MEDICA: PERIODICO

OBSERVACION TIPO DE EVALUACION MEDICA

III. DECLARACIÓN MEDICA DEL EXAMINADOR

☒ APTO SIN RESTRICCIONES ☐ APTO CON RESTRICCIONES ☐ APTO CON CONDICIONES ☐ NO APTO TEMPORALMENTE ☐
☐ APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ POSIBLE PATOLOGIA ORIGEN LABORAL ☐ CON SECUELAS DE ACCIDENTE LABORAL
☐ EXAMEN PERIODICO NORMAL ☐ EXAMEN RETIRO NORMAL

IV. TIPO DE RESTRICCIONES O CAUSAS DE APLAZAMIENTO

V. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

☒ CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA EN LA EPS ☒ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS ☐ USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION
☐ DEBE CERTIFICARSE PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ USAR MEDIAS DE SOPORTE ELASTICO PARA VARICES
☒ REALIZAR CITOLOGIA ANUAL ☒ REALIZAR DIETA, EJERCICIO Y REDUCIR PESO ☐ EVALUAR POR NUTRICION EN LA EPS
☐ DEJAR EL HABITO DE FUMAR ☐ DISMINUIR EL CONSUMO DE ALCOHOL ☐ INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
☐ REALIZAR PRUEBAS PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS ☐ REALIZAR PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
OBSERVACIONES CLINICAMENTE SANA BAJAR DE PESO PERFIL OSTEOMUSCULAR NORMAL

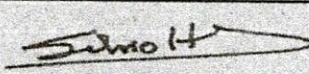
PERFIL CARDIOVASCULAR NORMAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al profesional abajo mencionado a que se me realice de manera voluntaria el examen medico ocupacional y exámenes complementarios. Dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realizacion del Examen Medico
Autorizo que se suministre la informacion necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislacion para dar cumplimiento al programa de Salud Ocupacional.

FIRMA PACIENTE

Exámen expedido en la ciudad de Manizales (Caldas)


SILVIO HERNAN VELEZ GOMEZ

Reg. 2372

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

01/12/2022

*** FIN DEL REPORTE ***

15:42:05

Manizales, febrero de 2023

Señor Coronel
DIEGO ENRIQUE FONTAL CORNEJO
Comandante Policía Metropolitana de Manizales
Manizales -Caldas

Asunto: Compromiso de Confidencialidad

Por medio de la presente me dirijo al señor Coronel de manera respetuosa con el fin de realizar las siguientes declaraciones:

- 1) Reconozco que la información es un activo sobre el cual se sustentan los objetivos estratégicos de la Policía Nacional y que es mi responsabilidad conocer las políticas de seguridad de la información que tiene el CONTRATANTE, adoptirlas, cumplirlas, e informar cualquier incidente que se presente con el uso y manipulación de la misma, al Jefe de la Oficina de Telemática del Área de Sanidad Caldas, o quien realice las funciones de telemática, el cual reportará el incidente al CSIRT "*Computer Security Incident Response Team*". Igualmente me comprometo a no revelar asuntos técnicos, e instalaciones de la Policía Nacional, conocidos durante la relación contractual.
- 2) Esta declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información comienza (con la firma de la carta de inicio del contrato) y permanecerá vigente mientras subsista el objeto que dio inicio a la relación contractual.
- 3) Como consecuencia del anterior compromiso: me obliga en forma directa e irrevocable ante la POLICÍA NACIONAL a no revelar, divulgar o facilitar para actividades ajenas al objeto contractual, a ninguna persona natural o jurídica, sea esta pública o privada, y a no utilizar para mi propio beneficio o para beneficio de terceros, la información relacionada con las actividades contratadas.
- 4) Como contratista me obligo a mantener la confidencialidad acordada en el presente acuerdo por el tiempo que dure vigente la relación contractual y por un plazo adicional de dos (2) años contados a partir de la extinción del vínculo contractual.
- 5) La violación o el incumplimiento del acuerdo de confidencialidad por parte DEL CONTRATISTA, generará las acciones de tipo penal, administrativo, ético profesional (Ante el comité de Ética de su Profesión) y fiscal a que haya lugar.
- 6) Si una orden judicial obligará al CONTRATISTA a divulgar información confidencial, este se compromete a dar aviso previo a su SUPERVISOR de modo que la POLICÍA NACIONAL pueda impugnar la solicitud o procurar una orden judicial que lo proteja.
- 7) EL CONTRATISTA reconoce que esta información tiene un valor intangible, que no es generalmente dado a conocer al público o a terceros que podrían usarla en contra de la POLICÍA NACIONAL, de sus integrantes, de los habitantes de Colombia o del mismo Estado y que la información está sujeta a un esfuerzo razonable de la POLICÍA NACIONAL para mantener su reserva y confidencialidad. Así mismo, EL CONTRATISTA no hará ninguna duplicación o copia del material confidencial.

- 8) El CONTRATISTA devolverá inmediatamente todo material confidencial que se le haya entregado o asignado cuando así lo requiera o lo solicite la POLICÍA NACIONAL.
- 9) El CONTRATISTA se compromete a no utilizar información o material confidencial una vez finalizada la relación CONTRACTUAL.
- 10) Desarrollos Tecnológicos: Como contratista acepto que los desarrollos tecnológicos, informáticos, o científicos que llegare a elaborar o diseñar en ejecución del presente contrato, se consideran propiedad de la Policía Metropolitana de Manizales, Área de Sanidad Caldas, razón por la cual me obligo a suministrar, los documentos, los manuales, y programas fuente objeto de toda aplicación, investigación, desarrollo o resultado de la ejecución de este contrato.

Cordialmente,

Firma Manuela Garcia M

Postfirma. Manuela Garcia M

CC No. 053871049

**POLICIA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD**



FORMATO INFORMACION DE TERCEROS
DILIGENCIAR EN LETRA IMPRENTA, MAQUINA O COMPUTADOR
1. TIPO DE BENEFICIARIO

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| 1. Consorcio o Unión Temporal | ☐ | 1.10 Persona Natural Extranjera | ☐ |
| 1.1 Departamento | ☐ | 1.11 Persona Natural Nacional | ☐ |
| 1.2 Empresa Pública Nacional no Financ | ☐ | 1.12 Persona Jurídica Nacional Sector Privado | ☐ |
| 1.3 Empresa Pública Nacional Financiera | ☐ | 1.13 Persona Jurídica Pública Administración Central Nac | ☐ |
| 1.4 Establecimiento Público Nacional | ☐ | 1.14 Persona Jurídica Extranjera Sector Privado | ☐ |
| 1.5 Gobierno Extranjero | ☐ | 1.15 Regional sin NIT Especial | ☐ |
| 1.6 Municipio | ☐ | 1.16 Resguardo | ☐ |
| 1.7 Otra Pública Departamental | ☐ | 1.17 Sociedad de Economía Mixta | ☐ |
| 1.8 Otra Pública Municipal | ☐ | 1.18 Universidad Pública | ☐ |
| 1.9 Otro Beneficiario | ☐ | 1.19 Empresa Industrial y Comercial del Estado | ☐ |

2. TIPO DE DOCUMENTO

- | | | | |
|---|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1.1 Cédula de Ciudadanía | ☒ | 1.4 Otro Tipo de Documento | ☐ |
| 1.2 Cédula de Extranjería | ☐ | 1.5 Pasaporte | ☐ |
| 1.3 Número de Identificación Tributaria (FOTOCOPIA NIT) | ☐ | 1.6 Tarjeta de Identidad | ☐ |

NUMERO DEL DOCUMENTO

1053871049

3. NOMBRE O RAZON SOCIAL

Manuela Garcia Morillo

4. PAIS

Colombia

5. CIUDAD

Manizales

6. TELEFONO Y FAX

3203082524

7. DIRECCION

calle 15 # 12-13

INFORMACION DE LA CUENTA

1. ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA

Daviplenda

2. NUMERO DE LA CUENTA

488424714472

3. CLASE DE CUENTA

Ahorros

SE DA FE DE LA INFORMACION REGISTRADA ANTERIORMENTE

FECHA:

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL FIRMA REPRESENTANTE LEGAL:

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única	29-10-21	Sanofi	
Fiebre Amarilla	Única	06-09-21	173624	Alba Luz Gaurme
Toxide Tetánico - Diférico (Td)	1			
	2			
	3			
	4	29-10-21	2339X026A	Doris. H
	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	6-8-2021	6419-CROSS V50221008	Alba Luz Gaurme 21033
Otras		10-8-22	V50222018	Holanda.

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación
o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos



La salud
es de todos

Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

Manuela.

Apellidos:

García / Arrillo.

Documento
de identidad:

C.C. X

T.I.

Pasaporte

No.

1053871049.

Fecha de
nacimiento:

Día

23

Mes

06

Año

1999.



Página : 1 De : 1
 Solicitud : 01132317
 Fecha Registro : 2018-07-30 14:37:24
 Fecha Impresión : 2018-08-02 09:44:39.
 C.Costo : AMBULATORIO
 Identificación : CC 1053871049
 Edad/Sexo : 19 A / FEMENINO
 Telefonos : 3203082524 -

Paciente : MANUELA GARCIA MURILLO
 Direccion :
 Entidad : PARTICULAR
 Médico : NO APLICA

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
----------	-----------	----------	-----------------------

HORMONAS

HEPATITIS B Acs (ANTI HBS) CUANTITATIVA

Resultado:	1100	mIU/ml	
Valores De Referencia			
Positivo:			Mayor a 10
Negativo:			Menor a 10

Fecha / Hora Validado : 2018-07-30 / 17:35

ANTICUERPOS DE VARICELA IGG

Tecnica: Quimioluminiscencia

Resultado:	295.6	mIU/ml	
Negativo			Menor a 50.0
Indeterminado			50.0 a 100
Positivo			Mayor a 100

Fecha / Hora Validado : 2018-07-31 / 12:40

Marcel Rodríguez Duque
 MARCELA RODRIGUEZ DUQUE
 BACTERIOLOGA
 23 30391010
 Edificio Don Pedro Manizales

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre de quien vacuna
Neumococo Conjugada	2 meses ☐ 4 meses ☐ 6 meses ☐ 15 meses ☐		
Meningococo BC	3 meses ☐ 5 meses ☐		
Influenza	1ra. Dosis ☐ 2da. Dosis ☐ Dosis única ☐		
Hepatitis A	1ra. Dosis ☐ 2da. Dosis ☐ Pediátrica ☐		
Varicela	1ra. Dosis ☐ 2da. Dosis ☐		
Vacunas Acelulares (DPTA)	2 meses ☐ 4 meses ☐ 6 meses ☐ 18 meses ☐ 5 años ☐		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre de quien vacuna
DPT Acelular	1ra. Dosis ☐		
Meningococo A,C,Y y W-135	1ra. Dosis ☐ 2da. Dosis ☐ 3ra. Dosis ☐		
TD	1ra. Dosis ☐		
Triple viral	1ra. Dosis ☒	30-04-18	Neicela A.
Hepatitis A+B	1ra. Dosis ☐ 2da. Dosis ☐ 3ra. Dosis ☐		
VPH	1ra. Dosis ☐ 2da. Dosis ☐ 3ra. Dosis ☐		
Hepatitis B	1ra. Dosis ☒ 2da. Dosis ☒ 3ra. Dosis ☒	10-08-17 22-09-17 30-04-18	L. 1434033 1434033 UF X11-002

Salud

Carné de Vacunación

Nombre:

Hanvelo Gencio Murillo

Cédula:

1053071049

Teléfono

8783438

www.confaco

Confaco

Salud

Contigo,
cán todo

BOGOTÁ, D.C.

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre de quien vacuna
Hepatitis A Adulto	1ra. Dosis ☐ 2da. Dosis ☐		
Fiebre Amarilla	1ra. Dosis ☐		
Toxoiide Tetánico	1ra. Dosis ☒ 2da. Dosis ☒ 3ra. Dosis ☒	16-08-10 22-09-17 30-04-11	L. 220203116 H Anguis Dma. Bogotá
Neumococo Conjugada	1ra. Dosis ☐ 2da. Dosis ☐		
Fiebre Tifoidea	1ra. Dosis ☐		
Meningitis	1ra. Dosis ☐		
Herpes Zóster	Dosis única ☐		

Manizales, marzo de 2023

Señor Coronel:
DIEGO ENRIQUE FONTAL CORNEJO
Comandante Policía Metropolitana de Manizales
Manizales - Caldas

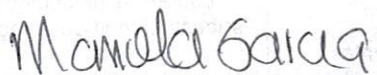
ASUNTO: Información Actividades Enfermera contrato N° 91-7-20091-22.

Por medio de la presente, me permito informarle las actividades realizadas como profesional en Enfermería durante la ejecución de mi contrato:

DEPENDENCIA –SALUD OPERACIONAL-POMED /ACTIVIDADES 2023

EDUCACION POR ENFERMERIA	ACTIVIDADES EN BRIGADAS	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
<u>CHARLA SOBRE ENFERMEDADES DE TRASMISION SEXUAL, CHARLA PLANIFICACION FAMILIAR, USO CORRECTO DEL PRESERVATIVO</u> Educación a personal de estaciones y subestaciones grupales 20 CHARLAS (Uniformados Activos, Auxiliares de Policía) (2 horas utilizadas por cada charla) <u>CHARLA EN PRIMEROS AUXILIOS, CHARLA EN CORRECTA HIGIENE DEL SUEÑO, CHARLA EN CORRECTA HIDRATACION.</u> Educación al personal de apoyo en manifestaciones y grupos operativos del departamento de policía 4 CHARLAS (Uniformados Activos) (3 horas utilizadas por cada charla) <u>REALIZACIÓN Y SOCIALIZACION DE ESCUELAS DE EFICIENCIA.</u> Educación al personal (médicos generales, enfermeras, auxiliares de enfermería, terapeuta respiratoria, odontólogos) en temas de interés en salud	<u>PRUEBAS RAPIDAS:</u> Usuarios Intervenidos: Brigada de Salud en los municipios pertenecientes a la regional 3 400 TOTAL (Diligenciamiento consentimientos informados y educación acerca del procedimiento a realizar el cual consiste en la toma de pruebas rápidas de: VIH: 450 SIFILIS: 450 HEPATITIS B: 450 (8 horas utilizadas en cada brigada de salud) Acompañamiento en las subestaciones. Estaciones y grupos operativos de policía nacional, visitados en los municipios suscritos de regional 3 en el departamento de Caldas. Estaciones intervenidas: 18 Subestaciones intervenidas:16 Grupos operativos: 20 (8 horas utilizadas en cada brigada de salud)	<u>ENTREGA DE PRESERVATIVOS</u> (Entrega de preservativos a Uniformados Activos y Auxiliares de Policía de las diferentes estaciones y subestaciones de la regional 3) 4300 preservativos entregados.

3 CHARLAS (Personal no uniformado y prestación de servicios) (4 horas utilizadas para la charla)		
<u>VISITAS DOMICILIARIAS POMED</u> (Se realizan visitas domiciliarias con el fin de evaluar el estado de salud del paciente, tomar signos vitales, tomar muestras de laboratorio, curaciones y brindar orientación para acceder a servicios especiales enviados por médico tratante) 60 pacientes visitados. (4 horas utilizadas por cada ruta POMED)		


MANUELA GARCIA MURILLO
 CC. 1.053.871.049 de Manizales
 Enfermera Profesional

MANIZALES, _____

Coronel

DIEGO ENRIQUE FONTAL CORNEJO

Comandante Policía Metropolitana de Manizales

Manizales

ASUNTO: DECLARACIONES DEL CONTRATISTA EN VIRTUD DEL DECRETO 1273 DE 2018

Artículo 3.2.7.5 Reporte de Información.

EN MI CALIDAD DE OFERENTE DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION DE LA POLICIA METROPOLITANA DE MANIZALES, ME PERMITO DECLARAR LO SIGUIENTE

- 1) Ostento la calidad de pensionado o cumplo requisitos para pensión o por disposiciones legales no esta obligado a cotizar a pensiones si () no (X)
- 2) Cotizo por otros ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, mesadas pensionales, independiente por cuenta propia u otros contratos, indicando el ingreso base de cotización (IBC) de cada uno de ellos
si (), no (X)

En caso afirmativo : especifique a que obedece este (tos) ingreso y el ingreso base de Cotización de cada uno de ellos:

-
-
- 3) La totalidad de mis ingresos suman mas de 4 salarios minimos mensuales vigentes si () no (X), producto de otros ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, independiente por cuenta propia u otros contratos. Si existe la obligación de realizar la retención de aportes al fondo de solidaridad pensional (FSP) la entidad contratante realizara el aporte al FSP sobre el IBC del respectivo contrato.
 - 4) Cotizo por el limite máximo de 25 SMMLV si () no (X)
 - 5) El ingreso sobre el cual se deba aplicar la retención , si decide efectuar aportes por un ingreso base de cotización superior al 40%. no. () deseo realizar solo el aporte mínimo legal.; o si (), deseo que el IBC sea del _____ % sobre mis honorarios mensuales
 - 6) Pertenezco a un régimen de excepción si () no (X). En caso positivo, sus ingresos por salud irán al ADRES.
 - 7) Deseo realizar aportes a una caja de compensación familiar si (), no (X)
 - 8) Deseo realizar aportes a la unidad de pago por capitación (UPC adicional si (), no (X)
 - 9) Si se efectuó traslado a alguna de las entidades administradoras del sistema de seguridad social integral, o caja de compensación familiar si (), no (X), este reporte se debe realizar cada vez que se produzca una novedad

En constancia de lo anterior me suscribo:

Firma: Manuela Garca M

Nombre: Manuela Garca Morillo

Cedula 1053871049

Señor Contratista, favor realizar el pago a la seguridad social integral, hasta tanto, no se le notifique lo contrario, pues el proceso de pago por parte del Contratante, requiere de instrucciones del nivel central para poder llevarlo a cabo y recibir de parte de todos los contratistas la presente declaración para poder realizar el proceso de liquidación de nómina.



Fundación Unipymes

HACE CONSTAR QUE:

MANUELA GARCIA MURILLO

Con cédula de ciudadanía No.1053871049

Cursó y Aprobó:

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)
Con una duración de 50 horas, en cumplimiento de la Resolución No. 4927 de 2016.

Fecha de finalización del curso: 2022-03-21 09:24

Lugar: Bogotá D.C.

Yenni Alexandra Prieto Duarte - Directora



Código de Validación