

Yopal Casanare

Coronel
EFRAIN GARCIA HERNANDEZ
Comandante Departamento e Policia Casanare
Diagonal 15 13b 05
Yopal Casanare

Respetado Coronel,

Por medio de la presente me permito ofrecer de forma voluntaria a la Policía Nacional – Dirección de Sanidad mis servicios como MEDICO que serán prestados en la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD en Incorporación como _____, para tal efecto me acogeré a los honorarios y macro agenda establecido por la entidad y mi supervisor de contrato, como también soy consciente y acepto que mi vinculación sea por **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO**, el cual, de acuerdo a lo establecido en la Ley 80 de 1993 no genera relación laboral, vinculación laboral, ni prestaciones sociales y se celebra por el termino estrictamente indispensable, sabiendo de antemano que la institución no tiene la obligación una vez finalice el contrato de renovar o asegurarme un nuevo contrato para el mismo cargo.

Así mismo me permito manifestar bajo la gravedad de juramento, que no me encuentro incurso en ninguna inhabilidad e incompatibilidad previstas en la Constitución y en los artículos 8 y 9 de la ley 80 de 1993, ni relacionado en el Boletín de Responsabilidades Fiscales de la Contraloría General de la Republica, con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en el artículo 60de la Ley 610 del 2000.

En caso de ser atendido mi requerimiento solicito me sea informado al correo electrónico albardilson@yahoo.es

Para los anteriores fines, me permito manifestar que mi hoja de vida reposa en esa Entidad.

Atentamente,

FIRMA

NOMBRE

CEDULA



EFRAIN GARCIA HERNANDEZ

29 502 691

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN 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, **ENLUSON ALIMO ALBA VARGAS**
IDENTIFICADO CON: C.C. C.E. T.I. N° **79802691** CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
País **Colombia** Departamento **CASITARE** Municipio **YOPAL**
Dirección **Calle 12 no 24-09** Teléfonos **310327544**

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Isabella ALBA PISO	1014903255	hija
Gloria ELI VARGAS ADRIANS	41892435	madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE**, QUE 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	5.000.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	0
GASTOS DE REPRESENTACION	0-
ARRIENDOS	0-
HONORARIOS	0-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	0-
TOTAL	\$5.000.000-

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
B BVA	Ahorro	0981431836	Oficina Yopal	1.000.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Apartamento	Ave 12 no 78-74 13/4-11a	200.000
Cebsicorela Ford	J.C.W 209	56.000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
SEGUNDO GLOBAL	Seguro Estudiantil	SS. 000.000

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

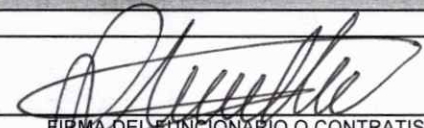
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION			N°
	C.C.	C.E.	T.I.	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA E.S.E				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6344650			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	29	Mes	03	Año	2016	Día	28	Mes	04	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 15 N 7 95 MANZANA L						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALFA AMBULANCIAS LTDA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4701648			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	05	Mes	10	Año	2015	Día	29	Mes	02	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 165 B 56 03						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD LATINAMERICA DRILLING COLOMBIA SAS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 7429792			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	27	Mes	11	Año	2014	Día	27	Mes	12	Año	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN AVENIDA CALLE 127 # 7A - 47 PISO 3						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD MEDICO SIN FRONTERAS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3400604			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	05	Año	2013	Día	30	Mes	06	Año	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 37 N ° 16 - 81						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD MEDICO SIN FRONTERAS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3400604			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	09	Año	2011	Día	30	Mes	10	Año	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 37 N ° 16 - 81						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD MEDICO SIN FRONTERAS			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3400604			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	09	Mes	12	Año	2009	Día	30	Mes	08	Año	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA				DIRECCIÓN CALLE 37 16 81							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD MEDICO SIN FRONTERAS			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3400604			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	01	Mes	10	Año	2001	Día	09	Mes	12	Año	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA				DIRECCIÓN CALLE 37 16 81							

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:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO				DIRECCIÓN							

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	10	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	7
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	16	5

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA E.S.E				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6344650			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	05	Año	2017	Día	30	Mes	06	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 15 N 7 95 MANZANA L						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA E.S.E				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6344650			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	01	Año	2017	Día	30	Mes	04	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 15 N 7 95 MANZANA L						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA E.S.E				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6344650			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	10	Año	2016	Día	31	Mes	12	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 15 N 7 95 MANZANA L						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA E.S.E				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6344650			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	08	Año	2016	Día	30	Mes	09	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 15 N 7 95 MANZANA L						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA E.S.E				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6344650			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	29	Mes	04	Año	2016	Día	28	Mes	07	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 15 N 7 95 MANZANA L						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA E.S.E				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6344650			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	07	Año	2018	Día	31	Mes	07	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 15 N 7 95 MANZANA L						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA E.S.E				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6344650			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	06	Año	2018	Día	30	Mes	06	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 15 N 7 95 MANZANA L						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE YOPAL ESE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CASANARE			MUNICIPIO YOPAL					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6344650			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	01	Año	2018	Día	31	Mes	05	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 15 N * 07 -95 MZA L VIA MARGINAL DE LA SELVA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA E.S.E				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6344650			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	16	Mes	11	Año	2017	Día	31	Mes	12	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 15 N 7 95 MANZANA L						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA E.S.E				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6344650			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	07	Año	2017	Día	16	Mes	11	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 15 N 7 95 MANZANA L						



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Alba		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Vargas			NOMBRES Edilson Alirio			
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 79502691				SEXO F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>		PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/>		SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>		NÚMERO		D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA				
FECHA DIA 25 MES 03 AÑO 1970		CARRERA 29 N 17 59 k 18 valle de los guarataros						
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA		DEPTO CASANARE				
DEPTO BOGOTÁ, D.C.		MUNICIPIO YOPAL						
MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.		TELÉFONO		EMAIL albaedilson@yahoo.es				

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	08	AÑO	1989

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	10	X			12	1900	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

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
ESPAÑOL			X			X			X
FRANCÉS			X			X		X	

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA E.S.E				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CASANARE			MUNICIPIO YOPAL			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 6344656			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	01	Mes	01	Año	2021	Día	31	Mes	12	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CIRUGIA				DIRECCIÓN CALLE 15 N ° 07 -95 Manzana L Vía Marginal de la Sel							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA E.S.E				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CASANARE			MUNICIPIO YOPAL			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 6344650			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	01	Mes	01	Año	2020	Día	31	Mes	12	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CIRUGIA				DIRECCIÓN CALLE 15 N 07 95 Manzana L Vía Marginal de la Selv							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA E.S.E				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 6344650			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	01	Mes	01	Año	2019	Día	31	Mes	12	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA				DIRECCIÓN CALLE 15 N 7 95 MANZANA L							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA ESE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CASANARE			MUNICIPIO YOPAL			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 6344650			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	01	Mes	08	Año	2018	Día	31	Mes	12	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CIRUGIA				DIRECCIÓN CALLE 15 N ° 07 -95 mza L Vía Marginal de la Sel							

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMAÇÃO DE LÍNGUA

FOJA DE AJUDA

Forma de ajuda para a formação de línguas



Forma de ajuda para a formação de línguas

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Assinatura: _____



Forma de ajuda para a formação de línguas

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Assinatura: _____



UNIVERSIDAD METROPOLITANA CIENCIAS DE LA SALUD

Acta de Grado: Programa de **MEDICINA**
CODIGO: M-46-2681-97

Otorgada a: **EDILSON ALIRIO ALBA VARGAS**
C.C. No. 79.502.691 de Bogotá D. E.

En Barranquilla a los **01** días del mes de **octubre** de **1997** el Consejo Directivo, el Rector de la Universidad Metropolitana y su Vice-Rector, Decano de División, Directores de programa de Medicina, Bacteriología, Fisioterapia, Enfermería, Psicología, Odontología, Trabajo Social, Nutrición y Dietética, Filosofía y Letras, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional y Optometría, en presencia de su cuerpo docente, se reúnen en el Salón de Actos de la Institución para, en uso de sus facultades estatutarias que le han sido conferidas por el Ministerio de Educación del Gobierno de Colombia, otorgar grado Académico.

Hecho el juramento profesional, el graduado recibe el diploma, que dice así:

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA, COLOMBIA, HABIENDO SIDO COMPLETADOS POR NUESTRO ALUMNO:

EDILSON ALIRIO ALBA VARGAS

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDAS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS,

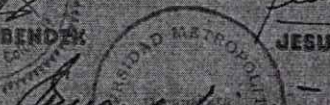
LE OTORGA EL TITULO DE:

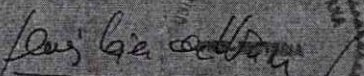
MEDICO Y CIRUJANO

EN CONSTANCIA DE ELLOS SE FIRMA Y REFRENDA CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA.

Tras de felicitar a los graduados se dio por clausurado el Acto de Grado, a los **01** días del mes de **octubre** de **1997**


EDUARDO AGOSTA BENDEK
Rector


FERNANDO VASQUEZ OJEDA
Director del Programa de
MEDICINA


JESUS SAEZ DE IBARRA
Vice-Rector

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.502.691**
ALBA VARGAS

APELLIDOS
EDILSON ALIRIO

NOMBRES



FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **25-MAR-1970**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

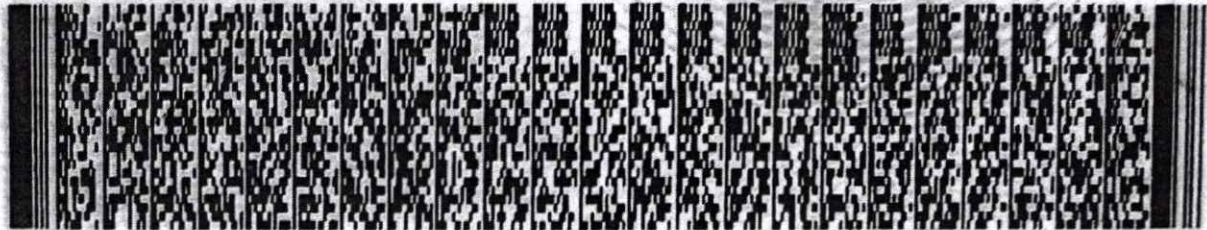
14-OCT-1988 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0300150-00440044-M-0079502691-20130614

0033433482A 2

1032336916

REGISTRADOR NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Registro No.

25 1176/1998

**IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD**

Profesión u Ocupación

MÉDICO

Nombres y Apellidos

EDILSON ALIRIO ALBA VARGAS

C.C. o C.E.

79502691

Institución de Educación

U METROPOLITANA

Código

D24566/11

De

BOGOTÁ, D.C.

Ciudad

BOGOTÁ, D.C.

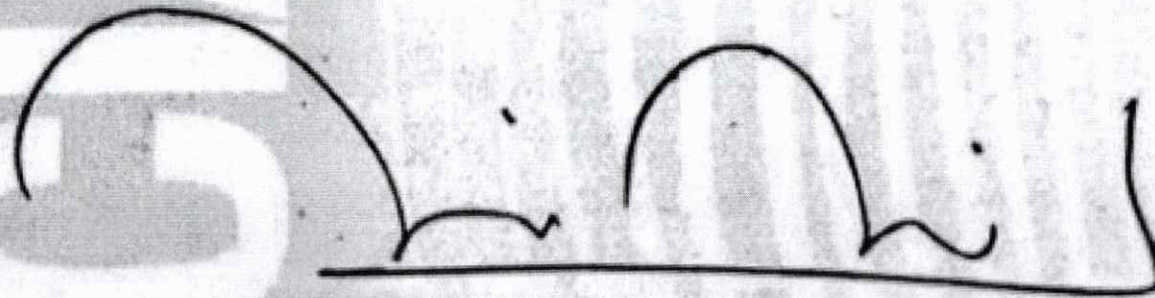
Fecha de Expedición

15/09/1998

FIRMA

FIRMA

MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL O SU DELEGADO

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the bottom.

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE
CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA
AL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

CON BASE EN LOS DECRETOS 1465 DE 1992 Y 4107 DE 2011, QUE
SEÑALAN LAS FUNCIONES DEL CREADO MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL, LEY 1444 DE 2011.



GERENCIA PARA LA SALUD

RESOLUCION NUMERO 001176 DE 1998

08 MAY 1998

"Por la cual se registra y se inscribe un título"

EL GERENTE PARA LA SALUD

en uso de sus facultades legales conferidas por el Decreto 1875 de agosto 3 de 1994, emanado del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO:

Que EDILSON ALIRIO ALBA VARGAS, con cédula de ciudadanía No. 79.502.691 de Bogotá, D.E. ha solicitado autorización para ejercer la profesión de MEDICO Y CIRUJANO que le otorgó LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA.

Que dicho título se encuentra debidamente registrado EN LA SECRETARIA GENERAL DE LA UNIVERSIDAD, ANOTADO AL FOLIO 19 DEL LIBRO 1/96, REGISTRO M-0451, BARRANQUILLA 1 DE OCTUBRE DE 1997

Que cumplió con el SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO CON LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA, EN EL ORGANISMO DE SALUD DE BITUIMA, DEPENDIENTE DEL HOSPITAL "SAN VICENTE DE PAUL" DE SAN JUAN DE RIOSECO-CUNDINAMARCA, DEL 17 DE OCTUBRE DE 1997 AL 16 DE ABRIL DE 1998.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Registrar a EDILSON ALIRIO ALBA VARGAS, para ejercer la profesión de MEDICO Y CIRUJANO, en el territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO.- Inscribir a EDILSON ALIRIO ALBA VARGAS, para ejercer la Profesión en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO TERCERO.- Contra la presente Resolución proceden los Recursos de Ley conforme lo establece el Decreto Ley 01/84.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santafé de Bogotá, D.C. a los 08 MAY 1998

OSCAR ALBERTO MAYORGA SUAREZ

JOSE ENRIQUE CITA GOMEZ

Profesional Especializado con funciones de Director de Desarrollo del Sistema

ORANGE G. Luz Mary G.
Desarrollo del Sistema

Vertical stamp: "SE HA REGISTRADO EN EL MINISTERIO DE SALUD Y TIENE LA CATEGORIA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA Y CIRUJANIA" and "17 MAY 2012".



EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79502691
NOMBRES Y APELLIDOS	Alba Vargas,Edilson Alirio
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	11/03/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Alba Vargas,Edilson Alirio, a los 29 días del mes de marzo del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **EDILSON ALIRIO ALBA VARGAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79502691**, se encuentra afiliado/a desde **01/07/2019** 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 29 de marzo 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.

Yopal Casanare, 28 de marzo de 2024

Teniente
MAYRA DIXY MONTOYA GUTIERREZ
Jefe Unidad Prestadora de Salud Casanare
Yopal Casanare
Ciudad.

Respetada Teniente,

Afiliación voluntaria ARL

De manera atenta me permito manifestar mi voluntad de afiliarme a la administradora de riesgos profesionales que esa institución indique en el momento de firmar contrato de prestación de servicios profesionales

En caso de ser atendido mi requerimiento solicito me sea informado al correo electrónico albaedilson@yahoo.es

Para los anteriores fines me permito manifestar que mi hoja de vida reposa en esa institución.

Atentamente,

FIRMA



NOMBRE

ALBAEDILSON ALBA

CEDULA

79502691



Tribunal Nacional de Ética Médica
Ley 23 / 81 - Artículo 63

C7950269100120020

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL
NACIONAL DE ETICA MEDICA
CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **EDILSON ALIRIO ALBA VARGAS**, identificado(a) con C.C. No. 79502691 y T.P. o R.M. No. 251176/98 del(a) Secretaria de Salud de Cundinamarca, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el miércoles 12 abril 2023 a solicitud del(a) interesado(a).


BERNARDO ADOLFO ROBLEDO RIAGA
Presidente



Callo 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7440583-(601)6279975 Bogotá D. C.

E-Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org

antecedentestribunal@outlook.com



POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA
DIRECCION DE SANIDAD

FORMATO INFORMACION DE TERCEROS

DILIGENCIAR EN LETRA IMPRENTA, MAQUINA O COMPUTADOR

1. TIPO DE BENEFICIARIO

- | | | | |
|--|--------------------------|---|-------------------------------------|
| 1.2 Consorcio o Unión Temporal | <input type="checkbox"/> | 1.11 Persona Natural Extranjera | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 Departamento | <input type="checkbox"/> | 1.12 Persona Natural Nacional | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 1.3 Empresa Pública Nacional no Financiera | <input type="checkbox"/> | 1.13 Persona Jurídica Nacional Sector Privado | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 Empresa Pública Nacional Financiera | <input type="checkbox"/> | 1.14 Persona Jurídica Pública Administración Central Nacional | <input type="checkbox"/> |
| 1.5 Establecimiento Público Nacional | <input type="checkbox"/> | 1.15 Persona Jurídica Extranjera Sector Privado | <input type="checkbox"/> |
| 1.6 Gobierno Extranjero | <input type="checkbox"/> | 1.16 Regional sin NIT Especial | <input type="checkbox"/> |
| 1.7 Municipio | <input type="checkbox"/> | 1.17 Resguardo | <input type="checkbox"/> |
| 1.8 Otra Pública Departamental | <input type="checkbox"/> | 1.18 Sociedad de Economía Mixta | <input type="checkbox"/> |
| 1.9 Otra Pública Municipal | <input type="checkbox"/> | 1.19 Universidad Pública | <input type="checkbox"/> |
| 1.10 Otro Beneficiario | <input type="checkbox"/> | 1.20 Empresa Industrial y Comercial del Estado | <input type="checkbox"/> |

2. TIPO DE DOCUMENTO

- | | | | |
|---|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 2.1 Cédula de Ciudadanía | <input checked="" type="checkbox"/> | 2.4 Otro Tipo de Documento | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 Cédula de Extranjería | <input type="checkbox"/> | 2.5 Pasaporte | <input type="checkbox"/> |
| 2.3 Número de Identificación Tributaria | <input type="checkbox"/> | 2.6 Tarjeta de Identidad | <input type="checkbox"/> |

NUMERO DEL DOCUMENTO

7 9 5 0 2 6 9 1

ANEXAR FOTOCOPIA DE CEDULA O NIT

3. TIPO DE RETENCION

- | | | | |
|--|--------------------------|--|-------------------------------------|
| 3.1 Auto retenedor no gran Contribuyente | <input type="checkbox"/> | 3.5 General no es Gran Contribuyente ni Auto retenedor | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 Entidad Estatal ó sin ánimo de lucro | <input type="checkbox"/> | 3.6 Régimen Común | <input type="checkbox"/> |
| 3.3 Gran contribuyente Autoretenedor | <input type="checkbox"/> | 3.7 Régimen Simplificado | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3.4 Gran contribuyente no Autoretenedor | <input type="checkbox"/> | | |

4. NOMBRE O RAZON SOCIAL

EDILSON ALBA VARGAS.

5. PAIS

COLOMBIA

6. CIUDAD

YOPAL

7. TELEFONO Y FAX

310323844

8. DIRECCION

Calle 17 no 24-09.

9. E-MAIL

albedilson@yahoo.co

4. INFORMACION DE LA CUENTA

1. ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA

B BVA.

2. NUMERO DE LA CUENTA

0 9 8 1 4 3 1 8 3 6

3. CLASE DE CUENTA

CORRIENTE

AHORROS

ANEXAR CERTIFICACION BANCARIA

SE DA FE DE LA INFORMACION REGISTRADA ANTERIORMENTE

FECHA

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL - CONTRATISTA



Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente EDILSON ALIRIO ALBA VARGAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 79,502,691 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 981431836 aperturada el 1 de abril de 2016 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 10 de abril de 2023.

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

Cuenta de 10 dígitos:	0981431836
Cuenta de 16 dígitos:	0981000200431836
Cuenta de 20 dígitos:	00130981000200431836

Firma autográfica

Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

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

Yopal-Casanare

Señor Teniente

MAYRA DIXY MONTOYA GUTIERREZ

Jefe Unidad Prestadora de Salud Casanare

Yopal Casanare

Ciudad.

Respetada teniente,

Yo EDILSON ALIRIO ALBA VARGAS identificado (a) con la cedula de ciudadanía No. 79502691, certifico que de conformidad en lo establecido en el Artículo 905 de estatuto tributario, bajo gravedad de juramento, que SI ____ NO __x__ he obtenido ingresos brutos ordinarios y extraordinarios iguales o superiores a 1400 UVT e inferiores a 3500 UVT en el año gravable 2022.

FIRMA



NOMBRE: EDILSON ALIRIO ALBA VARGAS

CEDULA: 79502691

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:23:31 horas del 29/03/2023, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 79502691, Apellidos y Nombres ALBA VARGAS EDILSON ALIRIO

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **vital alliance**, con NIT 900975204-4 y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 "por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018", con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>




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

Certifica
Edilson Alba Vargas
CC 79502691 de Bogotá D.C

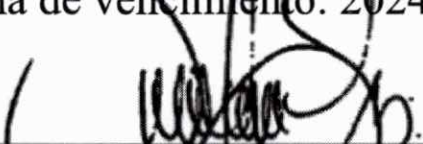
Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-11-17
Fecha de vencimiento: 2024-11-17

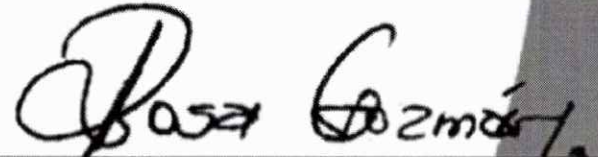

FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org




ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

Página 1 de 2	DIRECCIONAMIENTO TECNOLÓGICO	 POLICÍA NACIONAL
Código: 1DT-FR-0016		
Fecha: 28-12-2017	DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACION CONTRATISTAS O TERCEROS	
Versión: 3		

La Policía Nacional considerando que usted ofrece condiciones personales y profesionales para acceder a la información que se administra en la Institución, teniendo en cuenta la misión de la Policía Nacional y que este implica manejar información de diferentes niveles de clasificación, requiere que en correspondencia con el voto de confianza otorgado con la posibilidad de acceso a la información de la Policía Nacional usted suscriba el siguiente compromiso.

Yo, EDILSON ALVARO ALBA VARGAS Identificado con la cedula de ciudadanía No. 79502691 con domicilio en YOPAL, de la empresa _____, cargo _____, en adelante denominado EL CONTRATISTA O TERCERO, bajo el contrato _____ convenio _____ acuerdo _____ No. _____ del _____, me comprometo a cumplir cabalmente los compromisos y demás directrices del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.

Así mismo declaro que:


Reconozco que la información es un activo sobre el cual se sustentan los objetivos estratégicos de la Institución y que es mi responsabilidad conocer las políticas de seguridad de la información, adoptarlas, cumplirlas, hacerlas respetar e informar cualquier incidente que se presente con el uso y manipulación de la misma al Jefe de la Oficina de Telemática de la unidad donde se preste el servicio, o a quien realice las funciones de telemática, el cual reportará el incidente al CSIRT "Computer Security Incident Response Team".

Esta declaración comienza con la firma del contrato o convenio o acuerdo y permanecerá vigente mientras subsista el objeto que dio inició al mismo, manteniéndose inclusive durante las prórrogas sin necesidad de firmar una nueva declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información.

Así mismo, si el contrato, convenio u acuerdo inicial termina y se inicia después un nuevo contrato, convenio u acuerdo pero con el mismo objeto del contrato, convenio u acuerdo anterior, esta declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información tomará vigencia sin necesidad de firmar uno nuevo.

CONFIDENCIALIDAD

- EL CONTRATISTA O TERCERO se obliga en forma directa e irrevocable ante la POLICÍA NACIONAL a no revelar, divulgar o facilitar, bajo cualquier forma, a ninguna persona natural o jurídica, sea esta pública o privada, y a no utilizar para su propio beneficio o para beneficio de terceros, la información relacionada con el ejercicio de sus funciones en la Policía Nacional, así como también las políticas y/o cualquier otra información vinculada con sus funciones.
- EL CONTRATISTA O TERCERO asume la obligación de mantener la confidencialidad acordada en la presente declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información por el tiempo que dure vigente la relación laboral y por un plazo adicional de 2 años contados a partir de la extinción del vínculo contractual y/o acuerdo y/o convenio.
- La violación o el incumplimiento de la declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información, por parte EL CONTRATISTA O TERCERO, generará las acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.
- Si una orden judicial obligara al EL CONTRATISTA O TERCERO a divulgar información confidencial, este se compromete a dar aviso previo a la POLICIA NACIONAL de modo que la POLICIA NACIONAL pueda impugnar la solicitud o procurar una orden judicial que lo proteja.
- El CONTRATISTA O TERCERO 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

Página 2 de 2	DIRECCIONAMIENTO TECNOLÓGICO	 POLICÍA NACIONAL
Código: 1DT-FR-0016		
Fecha: 28-12-2017	DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACION CONTRATISTAS O TERCEROS	
Versión: 3		

NACIONAL para mantener su reserva y confidencialidad. Así mismo, EL CONTRATISTA O TERCERO no hará ninguna duplicación o copia del material confidencial.

- El CONTRATISTA O TERCERO devolverá inmediatamente todo material confidencial que se le haya entregado o asignado cuando así lo requiera o solicite la POLICÍA NACIONAL.
- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a no utilizar información o material confidencial una vez finalizada la relación contractual o laboral.
- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a guardar completa confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por su condición laboral o actividades que desempeñe, así mismo a no extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la Policía Nacional o de sus funcionarios.

RESERVA DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y/O CONVENIO Y/O ACUERDO.

El CONTRATISTA reconoce que todos los trabajos llevados a cabo en LA POLICÍA NACIONAL, son sujetos a la dirección y control por parte de la Institución Policial y constituyen una función contratada de conformidad a lo establecido en el régimen jurídico vigente aplicable a los CONTRATISTAS.

El CONTRATISTA o TERCERO informará a la POLICÍA NACIONAL cualquier descubrimiento, invento o creación que haya hecho, considerándose esto como parte del material confidencial, los cuales corresponderán a actividades propias desarrolladas con ocasión a la ejecución del objeto contratado, convenido o acordado y serán de propiedad de la POLICÍA NACIONAL.

ME COMPROMETO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN, toda vez que:

- He leído, comprendido, e interiorizado las políticas de seguridad de la información que se encuentran en el 1DT-MA- 0001 Manual del Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información vigente para la Policía Nacional y es mi deber conocer la última versión que exista del mencionado documento. Conozco mis deberes y derechos con respecto a la seguridad de la información.
- Entiendo que el incumplimiento de las políticas de seguridad de la información, ya sea en forma intencional, negligente o con violación al deber objetivo de cuidado, implican acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.
- Comprendo que dado el caso que se cause un daño a la Policía Nacional, como consecuencia de la inobservancia al deber objetivo de cuidado, la Policía Nacional podrá adelantar las acciones penales, civiles o contenciosas administrativas, en aras de buscar el resarcimiento de los daños y perjuicios que se llegaren a causar.

Suscribo este compromiso en Yopal, a los Diez 10 días del mes de Abril del año 2023.

EL CONTRATISTA O TERCERO

Firma:
 Post-Firma:
 Identificación:
 Empresa:
 Cargo:





MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha de toma del consentimiento:

Lugar de toma del consentimiento:

Yo: EDILSON ALIRIO ALBA VARGAS

Identificado con cedula de ciudadanía número 79502691 de BOGOTA

Mediante el presente documento legal **AUTORIZO** para consultar los antecedentes en Línea en la página de la Dirección de Investigación Criminal e INTERPOL habilitada con mi número de cedula, de acuerdo a la Ley 1918 del 2018 donde se adiciona como inhabilidad "por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidad a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones", y en cumplimiento al comunicado oficial GS-2021-077865-DISAN se verifique antecedentes de delitos sexuales registrados a nombre de este profesional

FIRMA

NOMBRE: EDILSON ALIRIO ALBA VARGAS

CEDULA: 79502691

HUELLA





CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 30 de marzo de 2023, a las 22:57:10, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	79502691
Código de Verificación	79502691230330225710

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

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

Confirme los números de la imagen *



Cambiar

9373

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2023-03-28--8:04:31 AM

Tipo identificación	Nro. identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado identificación:	Detalles
CC	79502691	EDILSON	ALIRIO	ALBA	VARGAS	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) **EDILSON ALIRIO ALBA VARGAS** identificado(a) con CC 79502691 registra la siguiente información:

2023-03-28--8:04:31 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Medicina	1998-05-08	1176	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

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

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:

En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020

Horario de atención:

Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

[Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD](#)

[Notificaciones judiciales](#)

[Términos y condiciones de uso.](#)



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:39:11 AM horas del 10/04/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **79502691**

Apellidos y Nombres: **ALBA VARGAS EDILSON ALIRIO**

ACTUALMENTE NO ES REQUERIDO POR AUTORIDAD JUDICIAL ALGUNA

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

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



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



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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 lunes 10 de abril de 2023, a las 09:44:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	79502691
Código de Verificación	79502691230410094430

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

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación:

Cédula de ciud

Número Identificación:

79502691

¿ Cuanto es 9 - 2 ?

7

Datos del ciudadano

Señor(a) EDILSON ALIRIO ALBA VARGAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 79502691.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: martes, marzo 28, 2023 - Hora de consulta: 07:45:19

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inactiva automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

Procuraduría - Tercer

OTRAS ENTIDADES



Procuraduría General de la Nación



Sede principal

Dirección: Carrera 5 # 15-80, Bogotá D.C., Colombia

Código Postal: 11032

Horario de atención: Lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m., jornada continua

Teléfono conmutador: +57 601 587 8750

Línea gratuita: +57 01 8000 940 808

Línea anticorrupción: +57 01 8000 940 808

Contáctenos: [Sede Electrónica](#)

Correo de notificaciones judiciales: procesosjudiciales@procuraduria.gov.co

[Twitter](#)

[Instagram](#)

[Facebook](#)

[Mapa del sitio](#)

[Políticas de protección de datos](#)



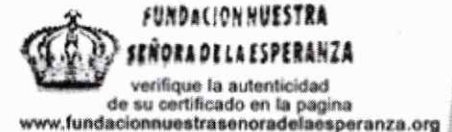


Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica
Edilson Alba Vargas
CC 79502691 de Bogotá D.C

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-11-17
Fecha de vencimiento: 2024-11-17

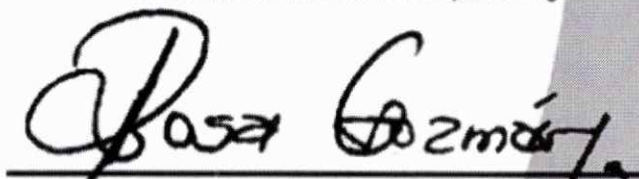




ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 259

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
10 DÍA	04 MES	2023 AÑO	YOPAL (CASANARE, COLOMBIA)		EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO	
			Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE						
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES		
Nombre de la empresa				Empresa en misión		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)						
ALBA VARGAS EDILSON ALIRIO				Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres				MASCULINO	53 AÑOS 0 MESES 15 DÍAS	CC 79502691
Cargó						
MEDICO GENERAL						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL						
APTO						
Observaciones: NO APLICA						
N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)						
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES			NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:						
EXAMEN MÉDICO OSTEOMUSCULAR			✓	VISIOMETRÍA		
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
			USO DE EPP		CONTROL DE PESO	
			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
			SVE OSTEOMUSCULAR			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
CON LOS EXAMENES COMPLEMENTAIROS Y EL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL SE EMITE CONCEPTO, CAPACITACIÓN DE LOS RIESGOS INHERENTE AL CARGO, EXAMENES REALIZADO (HEMOGRAMAPERFIL LIPIDICO, GLICEMIA, ANTICUERPO CONTRA ANTIGENO HEPATITIS B, CREATINIA), VALORACIÓN POR NUTRICIÓN POR SU EPS						
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.						
Médico			Aspirante o Trabajador			
Firma: 			Firma: 			
Nombre: HERNANDEZ AVELLA DIEGO LEONARDO			Nombre: ALBA VARGAS EDILSON ALIRIO			
R. M.: 85026			CC: 79502691			
L.S.O.: 0621			Código de Seguridad			
			F1368L1R259			

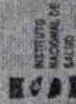
Este carné es válido en Colombia
Sera exigido para entrar a zonas de riesgo

Conservalo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, envíelo su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombre: Edilson Alino
 Apellido: Alba Vargas
 Documento de Identidad: CC 79.502.691
 Fecha de nacimiento: 21 / 05 / 03 Año 19 / 70

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
axolide	Única	11/11/11	Socun 1012M905	<i>[Signature]</i>
stánico	1	22/06/08	SUNN L105	<i>[Signature]</i>
itánico	2	24/08/08	SUNN L105	<i>[Signature]</i>
	3	14/11/08	85319	<i>[Signature]</i>
	4	26/03/09	1044-2	<i>[Signature]</i>
	5	16/03/09	F1243-2	<i>[Signature]</i>
ontra hepatitis B	1			
	2			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras	27/2/12	61074	25 FEB 105 FEB 105	<i>[Signature]</i>
RA-5CA	24/2/12	01-2011	61074 61074	<i>[Signature]</i>
VEROVAR	03/12	01-201301-2013	948110 948110	<i>[Signature]</i>

PROVISAL Certificado de Vacunación

Nombre: Edilson Alino Alba Vargas
 Teléfono: 79 502 691

Nombre	Fecha de Vacunación	Lote No.	Firma Vacunador
<u>Edilson Alino</u>	<u>30-05-08</u>	<u>03881AD</u>	<u>[Signature]</u>



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica
Edilson Alba Vargas
CC 79502691 de Bogotá D.C

Realizó y aprobó el Curso de Integridad, Transparencia y Lucha Contra la Corrupción
con un total de 48 Horas.



Fecha de emisión: 2023-04-08
Fecha de vencimiento: 2025-04-08



FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Director Administrativo
TP. No 70976 - 051880. Copnia

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista