

Manizales

Señor
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 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 Cra 17 # 62-35 - 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: manuela.garcia@medu.co

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

Cordialmente.

Manuela Garcia Morillo
cc. 1053871049



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>Manoela</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>Filadelfia</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Cra 17 # 62-35.</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Caldas</u> MUNICIPIO <u>Manizales</u> TELÉFONO <u>3203082524</u> EMAIL <u>manuelagarciamorillo.co</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	
<u>UN</u>	<u>8</u>	☒	☐	<u>Enfermería</u>	<u>07</u>	<u>2021</u>	<u>1053871049</u>

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 Policia Nacional	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Caldas	MUNICIPIO Manizales	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 13 MES 03 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DÍA 01 MES 09 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Enfermera	DEPENDENCIA Salud operacional	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Policia Nacional	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Caldas	MUNICIPIO Manizales	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 08 MES 08 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DÍA 12 MES 03 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO Enfermera	DEPENDENCIA Salud operacional	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Policia Nacional	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Caldas	MUNICIPIO Manizales	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 08 MES 04 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DÍA 08 MES 08 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO Enfermera	DEPENDENCIA Salud operacional	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
Enfermera	1	4

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 Muillo

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 ☐ 0 ☒ 1 Inscripción

4. Número de formulario

14791233731



(415)7707212489984(8020) 000001479123373 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 0 5 3 8 7 1 0 4 9 | 0

Impuestos y Aduanas de Manizales

1 0

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

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

3 2 0 3 0 8 2 5 2 4

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

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

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 2 0 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

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

Exportadores

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

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
CEDULA DE CIUDADANIA

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

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-0900100-00929150-F-1053871049-20170802 0056863423A 1 48488343

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. Maria Elizabeth Caicedo Caicedo


Abg. Catalina Triana Navas



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.

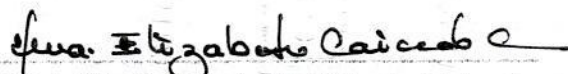
El diploma se encuentra registrado en el Libro de Grado No. 24 Folio 71-2112.

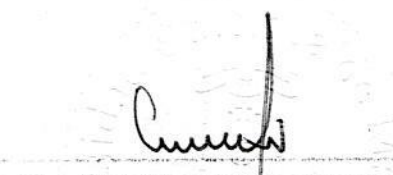
Modalidad de grado: Proyecto de investigación articulado a un semillero de investigación.

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

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

En fé 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



Secretaría General
Unidad de Admisiones y Registro Académico

Presencia Jurídica, Decreto 271 del 19 de junio de 1967 de la Asamblea de Manizales
Resolución 3275 del 25 de junio de 1963 del Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Manizales, 14 de marzo de 2022

La Secretaría General de la Universidad Católica de Manizales NIT. 890806477-9

CERTIFICA

Que MANUELA GARCÍA MURILLO con Cédula de Ciudadanía No. 1053871049 de Manizales (Caldas), entre los periodos JULIO/2017 - DICIEMBRE/2017 hasta ENERO/2021 - JUNIO/2021 cursó y aprobó en esta institución las materias correspondientes al plan de estudios del Programa de Enfermería, cumpliendo con todos los requisitos académicos para optar al título profesional. Se graduó el 16/07/2021 y obtuvo el título de ENFERMERA según acta de Grado No. 85

Hija. Elizabeth Caicedo C.
Hija. Elizabeth Caicedo Caicedo

Rectora

Transcriptor: GUERRERO LARA CRYSTIAN

Carrera 23 # 60 - 63 - Av. Santander / Manizales (Caldas) - Colombia
PBX. (+57) 6 893 30 50 - registroacademico@ucm.edu.co - www.ucm.edu.co

Oficina de Gestión
de la Calidad



Hermanas de la Caridad
Dominicas de La Presentación
de la Santísima Virgen



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

Realizó y aprobó el Diplomado en Soporte Vital Avanzado RCCP (ACLS)
con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-08-09

Fecha de vencimiento: 2025-08-09



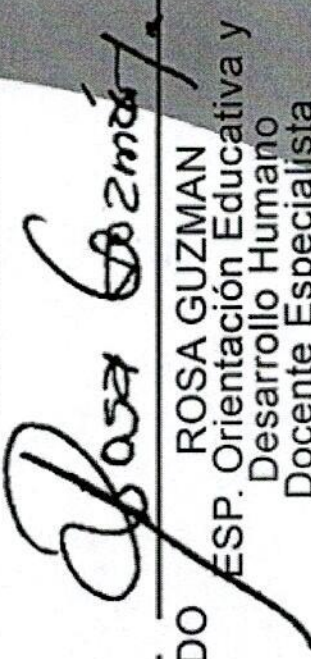
verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestraesnoradelaesperanza.org



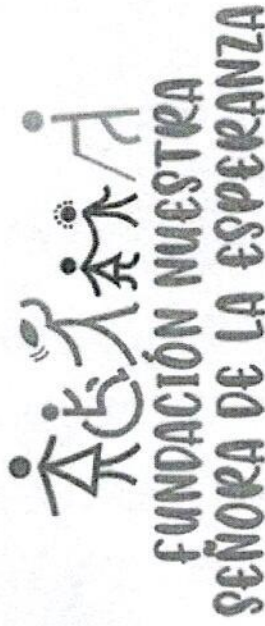
ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
NP 3208
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



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

Realizó y aprobó el Curso en Soporte Vital Básico RCCP (BLS) con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2023-08-08

Fecha de vencimiento: 2025-08-08



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

Ing. Solanlly Covalda

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

Deiby Stevens Bravo Obando

DEIBY STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3208
Docente.

Rosa Guzman

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



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

Manuela García Murillo

CC 1053871049 de Manizales - Caldas

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual con enfoque diferencial -
Código Fucsia (AIVVS)
con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2025-08-10

Fecha de vencimiento: 2025-08-10



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

Ing. Solanly Covalda
ING. SOLANLY COVALEDA
Representante Legal.

Deiby Stevens Bravo Obando
DEIBY STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

Rosa Guzman
ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

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.



Código de Validación





NIT. 901366232-1



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

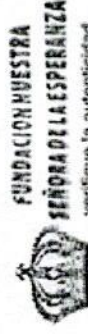
Certifica

Manuela García Murillo

CC 1053871049 de Manizales - Caldas

Realizó 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: 2023-02-27
Fecha de vencimiento: 2025-02-27



verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestra señora de la esperanza.org

Col Covalda.
ING. SOLANILLY COVALEDA
Representante Legal.

(Signature)
DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3208
Docente.

Rosa Gómez
ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



GOBIERNO
DE COLOMBIA



La salud
es de todos

Minisalud



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.

Resultado General -2023-08-04--10:40:34 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1053871049	MANUELA		GARCIA	MURILLO	Vigente	<u>Ver</u>

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:

2023-08-04--10:40:34 AM

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	COLOMBIANO APLICA	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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).

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL



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

CIUDAD Manizales FECHA _____

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

APERTURA ☒ CANCELACIÓN _____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad Beneficiario: Manuela Garcia Murillo NIT _____ Y/O

c.c. 10538710 49 Dirección Calle 17 # 62-35 N° Celular _____

Fijo _____

País COLOMBIA Departamento CALDAS Ciudad MANIZALES

Denominación de la cuenta Corriente _____ Ahorros ☒

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: manuela.garcia@com.edu.co SI ☒

TELÉFONO: 3203082524 SI ☒

II. DATOS DE LA ENTIDAD DE CRÉDITO:

Entidad Financiera Davivienda Código _____

Sucursal Centro Código _____ Ciudad MANIZALES

Dirección Cra 22 # 18-65 Teléfono 68842217 Fax _____

Número de la cuenta 488424714472 (Adjuntar certificación bancaria)

Manuela Garcia M
NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

09/08/2023

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

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número

0550488424714472

Fecha de apertura

25/10/2021

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

[INICIO](#) [CONTÁCTENOS](#) [PREGUNTAS FRECUENTES](#)

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:34:55 AM horas del 04/08/2023, 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](#)



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.aralco-ato@policia.gov.co

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 228759966



WEB
10:14:58
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 04 de agosto 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 Relacionamento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :

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

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 viernes 04 de agosto de 2023, a las 10:17:00, 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	1053871049230804101700

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



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 04/08/2023 10:20:07 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. **69318381** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Busqueda Imprimir

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



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

ES UN
HONOR
SER POLICÍA

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 19:02:06 horas del 10/08/2023, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 1053871049, Apellidos y Nombres GARCIA MURILLO MANUELA

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa POLICIA NACIONAL, con NIT 900805219-6 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>

AUTORIZACION CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES
CONTRA NIÑOS Y ADOLESCENTES

EL (la) suscrito (a) Manoela Garcia Murillo, identificado (a) con la CC (X)
CE () PP () No., 1053871049 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 _____, de _____ del 2023.

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1053871049 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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.

Se expide en Bogotá el 09/08/2023 02:16 PM

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC



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"

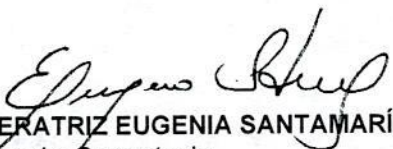
HACE CONSTAR QUE:

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 de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los nueve (09) días del mes de agosto del año dos mil veintitrés (2023).

Cordialmente,


EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria



CERTIFICA QUE

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

Fecha de Activación de Servicios: 03/08/2012

Estado de la Afiliación: Vigente

IPS: E.S.E. HOSPITAL SAN BERNARDO DE FILADELFIA

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 9 días del mes 8 del año 2023.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

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 10 de agosto 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

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 CÒNYUGE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

N°

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

Manuela Garcia morillo

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

CIUDAD Y FECHA



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

Paciente CC 1053871049 MANUELA GARCIA MURILLO [RRepEncu]
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 NUTRICIÓN 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, _____ de 2023

Señor
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, adoptarlas, 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 García Morillo

Postfirma. Manuela García m

CC No. 1053871049

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

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, Manuela García Morillo Identificado con la cedula de ciudadanía No. 1053871049, con domicilio en Cra 17 #62-35, de la empresa UPPS caldas, cargo Enfermera en adelante denominado EL CONTRATISTA O TERCERO, bajo el contrato X 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 NACIONAL para mantener su reserva y confidencialidad. Así mismo, EL CONTRATISTA O TERCERO no hará ninguna duplicación o copia del material confidencial.

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		

- 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 MANIZALES, a los _____ () días del mes de _____ del año 2023.

EL CONTRATISTA O TERCERO

Firma:
Post-Firma:
Identificación
Empresa:
Cargo:

Manuela García M
Manuela García M
105387049
OPRES CALLES
Enfermera

**POLICIA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD**



FORMATO INFORMACION DE TERCEROS
DILIGENCIAR EN LETRA IMPRINTA, 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

Cra 17 # 62-35

INFORMACION DE LA CUENTA

1. ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA

CAJAVIENDA

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: Manuela Garcia M

itud

Carné de Vacunación

Nombre:

Humberto Gomez Riquelme

Cédula:

1053071049

Teléfono

8783438

www.confafa.co

Confafa

Confianza
en todo

Veigilado SuperSubsidio

Vacuna Dosis Fecha Nombre de quien vacuna

PT Acelular	1ra. Dosis ☐		
	1ra. Dosis ☐		
	2da. Dosis ☐		
	3ra. Dosis ☐		
TD	1ra. Dosis ☐		
Triple viral	1ra. Dosis ☒	30-04-18	AGRICESYAA Argen
	1ra. Dosis ☐		
	2da. Dosis ☐		
	3ra. Dosis ☐		
VPH	1ra. Dosis ☐		
	2da. Dosis ☐		
	3ra. Dosis ☐		
Hepatitis B	1ra. Dosis ☒	18-08-17	L 1434033 Argenis
	2da. Dosis ☒	22-09-17	L 1434033 Dama
	3ra. Dosis ☒	30-04-18	WF X17002 Argen

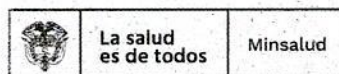
Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre de quien vacuna
Hepatitis A Adulto	1ra. Dosis ☐ 2da. Dosis ☐		
Fiebre Amarilla	1ra. Dosis ☐		
Toxoides Tetánico	1ra. Dosis ☒ 2da. Dosis ☒ 3ra. Dosis ☒	1ra. Dosis: 10-08-10 2da. Dosis: 24-09-17 3ra. Dosis: 30-04-18	1ra. Dosis: 22-08-03 2da. Dosis: 24-09-17 3ra. Dosis: 30-04-18
Neumococo Conjugada	1ra. Dosis ☐ 2da. Dosis ☐		
Fiebre Tifoidea	1ra. Dosis ☐		
Meningitis	1ra. Dosis ☐		
Herpes Zóster	Dosis única ☐		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre de quien vacuna
Hepatitis A Adulto	1ra. Dosis ☐ 2da. Dosis ☐		
Fiebre Amarilla	1ra. Dosis ☐		
Toxoides Tetánico	1ra. Dosis ☒ 2da. Dosis ☒ 3ra. Dosis ☒	1ra. Dosis: 10-08-10 2da. Dosis: 24-09-17 3ra. Dosis: 30-04-18	1ra. Dosis: 22-08-03 2da. Dosis: 24-09-17 3ra. Dosis: 30-04-18
Neumococo Conjugada	1ra. Dosis ☐ 2da. Dosis ☐		
Fiebre Tifoidea	1ra. Dosis ☐		
Meningitis	1ra. Dosis ☐		
Herpes Zóster	Dosis única ☐		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1 ^a dosis	19-8-22	Pfizer	3CA0075	upres Caldas	Enca Salvarin	1054995329
	2						


MiVacuna
 Covid-19

www.minsalud.gov.co



MiVacuna
 Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Manuela

Apellidos: García Morillo

Documento de identidad: C.C. / T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál:

No. 1053871049

Fecha de nacimiento: Día 23 Mes 06 Año 1999

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	30-04-21	Pfizer	EX9449	Confa	Daniela Puerta	1053868066
	2	21-05-2021	Pfizer	ET69 24	Confa	Gmileth	1053766126
		07-02-22	Pfizer	210958	Centro de Salud Samaría	Luz Dary Morillo	24645505

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres:

Manuela

Apellidos:

garcía morillo

Documento
de identidad:

C.C. ☒ X.T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál:

No.

1053871049

Fecha de
nacimiento:

Día 23 Mes 06 Año 1999

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 Gaur...
Toxoide Tetánico - Diférico (Td)	1			
	2			
	3			
	4	29-10-21	2339X026A	Doris. H
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

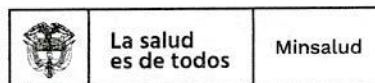
Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	6-8-2021	6419-CY033 V50221008	Alba Luz Gauric 2023
Otras		10-3-22	V50222013	Holanda.

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



Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

Manuela.

Apellidos:

García Arillo.

Documento
de identidad:

C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 1033871049.

Fecha de
nacimiento:

Día 23 Mes 06 Año 1999.



01132317

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

Marcela Rodríguez Duque
 MARCELA RODRIGUEZ DUQUE
 BACTERIOLOGA
 30391010



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CALDAS
ATENCIÓN AL USUARIO



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL

Firma: _____
Recibido por: _____
Sigla unidad o dependencia: _____
Fecha: _____ Hora: _____
Radicado Nro. _____

No. GS-2023-067502 /UPRES-GUSAP-29.25

Manizales, 04 de Agosto de 2023

Señor Intendente Jefe

JHON JAIRO MARTINEZ VILLADA

Jefe de Establecimiento Complementario de Atención en Salud

Carrera 17 Calle 67 Esquina

Manizales - Caldas

Asunto: Concepto SIAU Enfermera Manuela García Murillo

De manera atenta y respetuosa me dirijo a usted para informar que en la Oficina de Atención al Usuario de la Unidad Prestadora de Salud Caldas **no se han recibido insatisfacciones ni comentarios desfavorables** por parte de los usuarios, ni de los funcionarios, relacionados con la atención en la prestación de los servicios por parte de la Enfermera **Manuela García Murillo** identificada con Cedula de Ciudadanía N° 1.053.871.049, quien ejecuta el contrato de prestación de servicios en la Unidad Prestadora de Salud Caldas.

Atentamente,

Sandra Milena Suescum Mora

Trabajadora Social **SANDRA MILENA SUESCUM MORA**

Oficina de Atención al Usuario Unidad Prestadora de Salud Caldas

Elaboro: Trabajadora Social Sandra Milena Suescum Mora
Reviso: Trabajadora Social Sandra Milena Suescum Mora
Fecha de Elaboración 04/08/2023
Archivo: conceptos de SIAU 2023

Carrera 17 Calle 67 Esquina Av. La Sultana,
decal.upres-atu@policia.gov.co
www.policia.gov.co



POLICIA NACIONAL
POLICIA METROPOLITANA DE MANIZALES
900805219-6

REGISTRO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL COMO CONTRATISTA INDEPENDIENTE

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O TECNICOS.

CONTRATISTA: Manuela Garcia Morillo

CONTRATO No. _____

PROFESIÓN: Enfermera

DEPENDENCIA SUPERVISORA _____

Para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 282 de la ley 100 de 1993, artículo 33 de la ley 1150 de 2007 en concordancia con el Decreto 2353 de 2015, Decreto 510 de 2003, Ley 797 de 2003 ley 828 de 2003 y el decreto 728 de 2008 estipulado en la cláusula _____ del contrato en mención, me permito manifestarles que me encuentro afiliado (a) y girando los aportes correspondientes a las siguientes entidades Promotoras de Salud y Administradora de Fondos de Pensiones, mi dirección de trabajador (a) independiente sin tener vinculo laboral alguno en la Policía Nacional – Departamento de Policía Caldas

EPS OBLIGATORIO: Nueva EPS.

AFP: Colpensiones.

De igual manera atendiendo la Ley 1572 de 2012, manifiesto que: SI (). No (),
deseo afiliarme a la Administradora de Riesgos Profesionales.

OBSERVACION: El contratista entiende que la ARL a la cual se afilio como independiente no puede ser diferente a la que se encuentra afiliado como dependiente.

ARLVOLUNTARIO Positiva

Para lo anterior me comprometo a diligenciar el formulario respectivo suministrado por la ARP, determinado por la SUPERINTENDENCIA BANCARIA, anexando copia del presente documento y del contrato.

En consecuencia, me comprometo como contratista independiente a realizar mensualmente los aportes correspondientes en las proporciones de ley.

FECHA: _____

FIRMA: Manuela Garcia Morillo

Manizales, agosto de 2023

Señor
Comandante Policía Metropolitana de Manizales
Manizales - Caldas

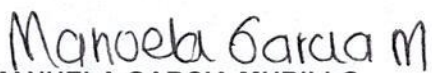
ASUNTO: Información Actividades Enfermera contrato N° PN-MEMAZ- 91-7-20033-23

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.</u> Educación a personal de estaciones y subestaciones grupales 30 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 3 CHARLAS (Uniformados Activos) (3 horas utilizadas por cada charla) <u>REALIZACIÓN Y SOCIALIZACION DE ESCUELAS DE EFICIENCIA.</u> Educación al personal (médicos generales, enfermeras, terapeuta respiratoria, auxiliares de enfermería, terapeutas físicas) en temas de interés en salud.	<u>PRUEBAS RAPIDAS:</u> Usuarios Intervenidos: Brigada de Salud en los municipios pertenecientes a la regional 3 250 TOTAL (Diligenciamiento consentimientos información y educación acerca del procedimiento a realizar el cual consiste en la toma de pruebas rápidas de: VIH: 330 SIFILIS: 330 HEPATITIS B: 330 (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: 8 Subestaciones intervenidas: 23 Grupos operativos: 10 (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) 4200 preservativos entregados.

1 CHARLA (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, _____

Señor Coronel

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 cumpla requisitos para pensión o por disposiciones legales no está 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 más de 4 salarios mínimos 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 límite 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: Manoela Garcia M

Nombre. Manoela Garcia 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.