REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.054.681.914**
TOVAR GARAVITO

APELLIDOS
ELI JOHANNA

NOMBRES

Eli Johanna Tovar G

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-MAR-1995**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

23-MAY-2013 MONIQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-0716000-00464726-F-1054681914-20130926 0034743440A 1 37634642

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Tovar	Garavito	Eli Johanna

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C ● C.E ○ PAS ○ No. 1054681914 — SEXO: F ● M ○ — NACIONALIDAD: COL. ● EXTRANJERO ○ — PAÍS: Colombia

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO ____ D.M ____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 26 MES 03 AÑO 1995

PAÍS: Colombia

DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogota

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Cra 104A # 83A-60Sur.

PAÍS: Colombia DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogota

TELÉFONO: 3109983426 EMAIL: jo.hanta73@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA									MEDIA	TÍTULO OBTENIDO: Tecnico en explotaciones agropecuarias ecologicas
PRIMARIA					SECUNDARIA					FECHA DE GRADO: 6-Diciembre-2011
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 12 AÑO 2011
									X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO. EN MODALIDAD ACADEMICA 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 ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	NO. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	2 años	X		Tecnico laboral por competencias Auxiliar en Enfermeria	07	2014	1764

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
A			

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Angeles de vida	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	angeledevida7@hotmail.com.

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3142734056	DÍA 12 MES 06 AÑO 2017	DÍA 20 MES 03 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de Enfermeria	Domiciliaria - asistencial	calle 3 # 40B-63 Barrio jardin

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Sendo en salud IPS	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Casanare	Yopal	sendoensalud@yahoo.es

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3134339934	DÍA 28 MES 01 AÑO 2015	DÍA 29 MES 01 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de enfermeria	Domiciliaria - asistencial	cra 17A # 33-35

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	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
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2 Años	3 meses
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2 años	3 meses

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogota D.C / 10 - Octubre - 2018

Eli Johanna Tovar G.

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

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. Eli Johanna Tovar Garavito

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] 1 C.E. [ ] 2 T.I. [ ] 3 N° 1054681974 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia | Departamento Cundinamarca | Municipio Bogotá

Barrio-Dirección Bosa santa fe / cra 104A # 58-60 sur | Teléfonos 3107983476.

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Eliberto Tovar	4.241.328	Padre
Nelsy Garavito Granados	52.295.874	madre
Emanuel Jesus Tovar Garavito	1.222.126.509	Hija.

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	4.000.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	1.300.000 -
HONORARIOS	1.000.000 -
OTROS INGRESOS Y RENTAS	1.000.000 -
TOTAL	$ -

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco agrario de colombia	Ahorro	415422016476-4	Santana-Bogota	Nada
Banco Caja social	Ahorro	24087811005	Bogota	10.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

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

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

En la actualidad [X] **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Eli Johanna Tovar G. — FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogota / — CIUDAD Y FECHA

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

En la actualidad [X] **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Eli Johanna Tovar G. — FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogota / — CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

La Institución Educativa
« Antonio Ricaurte »

de Santana - Boyacá

Autorizada por la Secretaría de Educación Departamental,
según Resolución No. 000118 del 22 de enero de 2009

Confiere a :

Eli Johanna Tovar Garavito

Identificación No. 95032605592 de Villa de Leiva-Boyacá

El Título de

Bachiller Agropecuario

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes.

Dado en Santana a 6 de Diciembre de 2011

Acta General de Graduación No. 01

de Fecha 6 de Diciembre de 2011

Libro de Control No. 02 Folio No. 39

José A. Izquierdo M.
Rector (a)

Secretario (a)

Diplomas y Pergaminos

Acta Individual de Grado

INSTITUCION EDUCATIVA
« ANTONIO RICAURTE »
SANTANA - BOYACA

NIT. 800.171.626-1

DANE 115686000011
JORNADA CONTINUA

En la ciudad de Santana, a los SEIS (6) días del mes de DICIEMBRE del año 2011, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la **INSTITUCION EDUCATIVA « ANTONIO RICAURTE »**

Institución aprobada en el Nivel de Educación Media Técnica y autorizada por la Secretaría de Educación, para otorgar el Título de **BACHILLER** en la modalidad **AGROPECUARIA**, según Resolución No.000118 del 22 de Enero de 2009.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, se procedió a otorgar el Título de

BACHILLER AGROPECUARIO

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

ELI JOHANNA TOVAR GARAVITO
T.I. No. 95032605592 de Villa de Leiva-Boyacá

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 01 de fecha Diciembre 6 de 2011, que consta de 57 alumnos, que comienza con el nombre de **ARDILA CUEVAS CARLOS ANDRES** y se cierra con el nombre de **TORRES SANTANA EDISON MEDARDO.**

Firmada por

JOSE ALBERTO LEGUIZAMO MONTAÑEZ (Rector) y
ZAIDA LILIANA ULLOA DELGADILLO (Secretaria)

Dada en Santana, a los 6 días del mes de Diciembre de 2011.
En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, acorde con las Normas Legales Vigentes
El Diploma y el Acta de Grado no requier Registro de la Secretaría de Educación según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994.

Firmada

JOSE ALBERTO LEGUIZAMO MONTAÑEZ
C.C. No.6.760.613 de Tunja
Rector

ZAIDA LILIANA ULLOA DELGADILLO
C.C. No.24.041.234 de Santana
Secretaria

Diplomas
y
Postgrados

EL SUSCRITO NOTARIO PRIMERO DEL CIRCULO DE MONIQUIRA CERTIFICA QUE ESTA FOTOCOPIA CORRESPONDE A LA ORIGINAL QUE TUVE A LA VISTA EL NOTARIO

SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA
Reconózcase este Título para todos los efectos legales. 1764
Resolución No. 29 AGO 2014
Dada el
FIRMA
Secretario

Libertad y Orden
República de Colombia
Y en su nombre el:

Instituto Técnico De Colombia Por Competencias S.A.S.

Aprobado Mediante Resolución N° 00968 del 28 de Diciembre de 2011 de la Secretaria de Educación de Tunja autorizó expedir certificados de formación Técnico Laboral por Competencias al Instituto Técnico de Colombia
Teniendo en cuenta el Acuerdo 240 del Ministerio de Protección Social

Y en su representación la Directora y los profesores, en atención a que:

ELI JOHANNA TOVAR GARAVITO
C.C. 1.054.681.914 De Moniquira (Boyacá)

Ha completado los requisitos exigidos para optar el Certificado de Aptitud Ocupacional en:

Técnico Laboral Por Competencias
Auxiliar en Enfermería

Con una intensidad de 2.800 horas Teórico-Prácticas

En nombre de la República de Colombia, por autorización del Ministerio de Salud y La Secretaria de Educación Municipal de Tunja, se expide el presente certificado que acredita su idoneidad. En testimonio de lo cual se firma y rubrica con el sello mayor de la Institución.

Dado en la Ciudad de Tunja (Boyacá) a los 18 días del mes de Julio del año 2014

Carolina Quimbaya H.

Instituto Técnico de Colombia por Competencias SAS NIT:900277905-4	ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACION 3.3. GAC - F05 Versión 1.0

INSTITUTO TÉCNICO DE COLOMBIA POR COMPETENCIAS S.A.S.

Aprobado mediante Resolución N° 00968 del 26 de Diciembre del 2011 de la Secretaria de Educación de Tunja, Boyacá.

LIBRO 005

FOLIO 150

ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACIÓN

En la Ciudad de Tunja a los 11 días del mes de Julio del año 2014 se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los estudiantes del programa Técnico Laboral por Competencias Auxiliar en Enfermería, los suscritos Directora de Sede y Asistente Administrativa, en la Dirección del Instituto Técnico de Colombia por Competencias S.A.S., Institución aprobada mediante la Resolución No. 00968 del 26 de Diciembre de 2011 de la Secretaria de Educación Tunja, Boyacá, para los programas de educación para el trabajo y desarrollo humano en las áreas de Auxiliares en Salud.
Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al programa de Técnico Laboral por Competencias Auxiliar en Enfermería, se procedió a otorgar el Certificado de Aptitud Ocupacional como:

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Al Técnico Laboral cuyos nombres, apellidos y número de documento de identificación se relaciona a continuación **TOVAR GARAVITO ELI JOHANNA** C.C. No. 1.054.681.914 de Moniquira. Es fiel copia tomada del libro de Actas Generales de Certificación. Folio 51-53 Acta de Fecha 18 de Julio de 2014 que consta de 71 estudiantes, que comienza con el nombre de **ACOSTA PALACIOS LAURA NATHALY** y cierra con el nombre de **ZUBIETA ALVAREZ LEIDY GISELLA** firmada y sellada por **CAROLINA QUIMBAYA HUERTAS** Directora de Sede y **MARTHA LILIANA GONZALEZ MARTINEZ** Asistente Administrativa.

Dada en Tunja a los 11 días del mes de Julio del año 2014.

Carolina Quimbaya — Eli Johanna Tovar G.

DIRECTOR(A) DE SEDE ESTUDIANTE ASISTENTE ADMINISTRATIVA

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

ELI JOHANNA TOVAR GARAVITO

Con Cedula de Ciudadania No. 1.054.681.914

Cursó y aprobó la acción de Formación

USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EN LOS SERVICIOS FARMACEUTICOS.

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Moniquirá, a los dieciseis (16) días del mes de diciembre de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por
ORLANDO ARIZA ARIZA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

ORLANDO ARIZA ARIZA
SUBDIRECTOR
CENTRO DE GESTION AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE
REGIONAL SANTANDER

17365139 - 16/12/2013
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 954600651033OC1054681914C.

Instituto Técnico de Colombia por Competencias S.A.S.

Certifica Que:

ELI JOHANNA TOVAR GARAVITO

C.C. 1.054.681.914 De Moniquira (Boyacá)

Asistió al Seminario *de SALUD OCUPACIONAL.*
Con una intensidad horaria de 08 horas el día 31 del mes de Mayo del 2014

En constancia se firma a los (31) días del mes de Mayo del año 2014

MIRIAM CARRILLO
Directora Sede

ENF. ERIKA APONTE
Docente

EAFYS

La República de Colombia
y en su nombre

La Escuela de Artes, Administración, Finanzas y Salud

Resolución del Programa: 08820 del 24 de Julio de 2009

Confiere el Certificado de

Curso de Primeros Auxilios Farmacia y Droguería

A:

Eli Johana Tovar Garavito

T.I. 950326-05592 de Santana

Por haber cursado y aprobado los requisitos académicos
exigidos con una intensidad horaria de 60 horas

Expedido en la ciudad de Barbosa a los 15 días del mes de Diciembre de 2012

Rafael Díaz Chaves
Director General

Carlys Catherine Herrera Pacheco
Coordinadora General

Angeles de Vida

CERTIFICACION DE ENFERMERAS

A QUIEN INTERESE

MARYIT TRUJILLO en calidad de representante legal de **ANGELES DE VIDA** identificada con **NIT. 26.870.323-0. CERTIFICA** que la señora JOHANNA TOVAR con C.C 1054681914 trabaja para ANGELES DE VIDA como Auxiliar de Enfermería desde el 12 de Junio del 2017 hasta la fecha por un contrato indefinido, por un salario de $ 1.500.000 mensuales.



Para constancia se expide a los 20 días del mes de marzo del 2018

Atentamente,

Angeles de Vida
Nit: 26.870.323-0
Servicio Especializado
de Enfermería 24 Horas
Cra 72 No 80-94 Tel: 370 23 08

ANGELES DE VIDA
NIT. 26-870-323-0

angelesdevida2010@hotmail.com
www.angelesdevida.com
TEL 3702305 CEL: 3142734056
CALLE 3 No 40B-63 B JAZMIN
Bogotá Colombia

servidoensalud IPS

Servicio de salud domiciliario y asesorías
"SERVIDOENSALUD S.A.S"
NIT No. 900.064.578-4
Código Prestador 850010064301

EL SUSCRITO GERENTE GENERAL DE SERVIDOENSALUD S.A.S

CERTIFICA:

Que la Señora ELI JOHANNA TOVAR GARAVITO, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.054.681.914 expedida Moniquira (Boyacà), presto sus servicios como Auxiliar de Enfermería Domiciliaria, con orden de prestación de servicios por evento en el tiempo comprendido entre el 28 de Enero del 2015 hasta el 29 de Enero del 2016.

Para constancia se firma en Yopal, a los 12 días del mes de Enero del 2017.

N. ARMANDO SOLANO CHAPARRO

Yopal Casanare Carrera 17 a No. 33 – 35
Teléfonos: 098-6323651 – 3134339734
servidoensalud@yahoo.es

	FORMATO	VERSIÓN: 0 CÓDIGO: SS-P12-F01
RESOLUCIÓN DE REGISTRO Y AUTORIZACIÓN		FECHA: 01/07/2009

RESOLUCIÓN NUMERO 1784 **DE** 29 AGO 2014

Por la cual se Registra un Certificado
EL SECRETARIO DE SALUD DE BOYACA
en ejercicio de la delegación conferida por la resolución No 08211 del 15 de junio de 1989 emanada del Ministerio de Salud, y ;

CONSIDERANDO:

Que ELI JOHANNA TOVAR GARAVITO , identificada con Cèdula de Ciudadania Número 1.054.681.914 expedida en Moniquira, ha solicitado el registro de su certificado de Aptitud Ocupacional como AUXILIAR EN ENFERMERIA que le otorgó EL INSTITUTO TECNICO DE COLOMBIA POR COMPETENCIAS S.A.S. de la ciudad de Tunja el dia 18 de Julio de 2014 .

Que dicho titulo se encuentra registrado en EL INSTITUTO TECNICO DE COLOMBIA POR COMPETENCIAS S.A.S. , Libro de Registro N°005 , Folio N°150 , Registro No xxxx , Diploma N°xxxx .

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el Certificado de aptitud ocupacional como AUXILIAR EN ENFERMERIA que autoriza a ELI JOHANNA TOVAR GARAVITO para ejercer dicha ocupacion en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al departamento de Boyacà el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la Ley.

ARTICULO TERCERO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de expedición.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE:

Dada en Tunja a los, 29 AGO 2014

GUILLERMO ORJUELA ROBAYO
Secretario

Diseño: Erika G. Rosas S.
Elaboro: Rosa Maria Mesa

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *: Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *: 1054681914

Primer Nombre *: eli

Primer Apellido *: tovar

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-10-03 -9:36:07 AM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1054681914	ELI	JOHANNA	TOVAR	GARAVITO	Ver

Información Detallada [CC: 1054681914] ELI JOHANNA TOVAR GARAVITO

2018-10-03-9:36:07 AM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermeria	2014/8/29	GOBERNACION DE BOYACA

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).

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2482364

Bogotá D.C., 8 de Octubre de 2018 - 16:40 pm

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL CINCUENTA Y CUATRO MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y UN MIL NOVECIENTOS CATORCE**

1054681914

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener 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 o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

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 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmín Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 10_1U8VL_4016
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 01 de octubre de 2018, a las 09:13:34, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1054681914
Código de Verificación	1054681914181001091334

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.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Versión Versión WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 116076240

WEB
08:14:20
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 01 de octubre del 2018

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) ELI JOHANNA TOVAR GARAVITO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1054681914:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener 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 o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.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 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones o inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con e 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

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:12:32 horas del 01/10/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1054681914**

Apellidos y Nombres: **TOVAR GARAVITO ELI JOHANNA**

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.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

Carrera 37 No. 18 - 41
(Paloquemao), Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 am y 2:00 pm - 6:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano:
Bogotá D.C. (571) 6159111 / 9112
Resto del país: 01 8000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159838 - E-mail
lineadirecta@policia.gov.co

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

RUT

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 1448736231 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 5 4 8 8 1 5 1 4 – 5

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico: 3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida — 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía — 1 3

26. Número de documento: 1 0 5 4 8 8 1 5 1 4

27. Fecha expedición: 2 0 1 3 0 5 2 3

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País: 1 6 9

29. Departamento: Boyacá — 1 5

Ciudad/Municipio: Manzanilla — 4 3 6

31. Primer apellido: TOVAR

32. Segundo apellido: GARAVITO

33. Primer nombre: ELI

34. Otros nombres: JOHANNA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País: COLOMBIA — 1 6 9

39. Departamento: Bogotá D.C — 1 1

40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C — 0 0 1

41. Dirección principal: CR 104 A 55 80 SUR P 1 BRR BOSA SANTAFE

42. Correo electrónico: jc.hanita73@hotmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 3 1 0 7 8 3 4 7 6

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal — 46. Código: 8 5 3 2 — 47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 4 0 8 1 3

Actividad secundaria — 48. Código:

Fecha inicio actividad secundaria:

Otras actividades — 50. Código:

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos:

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 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

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma:

56. Tipo:

Servicio: 1 2 3

57. Mixto:

58. CIIU:

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación.

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios:

61. Fecha: 2 0 1 8 1 0 1 6

La información contenida en el formulario será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponderá exclusivamente a la realidad, por lo primero, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 15 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Eli Johanna Tovar G.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada

904. Nombre: ROMERO LERATO CARLOS HUGO

905. Cargo: Punto de Cámara Presencial

Fecha primera vinculación en el RUT: 03-10-2018 01:05:12PM

DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha 09/10/2018

CONTRIBUYENTE	C.C. 1054681914	ELI JOHANNA TOVAR GARAVITO

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CR 104A 58 60 SUR P1 BRR BOSA SANTA FE Teléfonos: 310/9834?8

Dirección electrónica: jo.hanta73@hotmail.com Ciudad: Bogotá, D.C. Municipio: Bogotá DC

Fecha de Inscripción: 09/10/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: SIMPLIFICADO Fecha desde: 13/08/2014

Fecha inicio de Actividades: 13/08/2014 Fecha de cese de Actividades: NO REGISTRA No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 869?1 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades o instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaría de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento



DATOS PACIENTE

Nombres:	ELI JOHANNA TOVAR GARAVITO
Tipo de Documento:	CC **Documento** 1054681914
Sexo F **F. Nacimiento:**	26/03/1995 **Edad:** 23 Años
Entidad:	PARTICULAR/OCCIDENTE
Centro de Costo:	N/A
Cargo:	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha de Atencion:	2015-10-06
Fecha y Hora entrega resultados:	06/10/2015 10:50 AM

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado la valoración Médico Ocupacional de INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

APTO (A) Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

OTRAS: REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL, HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, CUMPLIR NORMAS DE BIOSEGURIDAD

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

Exámenes Realizados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar.
Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.
Hago constar que recibí copia de este documento.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): ALEJANDRO DIAZ SUCERQUIA RM: LIC S.O 8126 - 2015

Dr. Alejandro Díaz Sucerquia
Medico Especialista en Salud Ocupacional
R.M. 25014-2007
Lic S.O 8126-2015

Firma y sello del Médico Evaluador

ELI JOHANNA TOVAR GARAVITO
C.C 1054681914
Firma del Trabajador Evaluado

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento

AUDIOMETRIA TAMIZ

Fecha de impresión 08/10/2018 8:27 AM

FECHA DE EXAMEN 8/10/2018 **TIPO DE EXAMEN** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

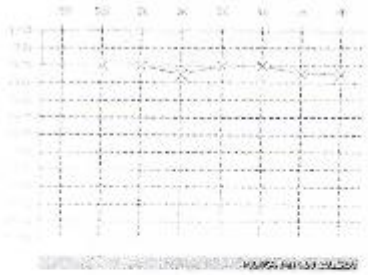


IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS	ELI JOHANNA TOVAR GARAVITO								
IDENTIFICACION	CC 1054681914	**SEXO**	F	**EDAD**	23 Años	**FECHA DE NACIMIENTO**	26/03/1995		
LUGAR DE NACIMIENTO	BOGOTA								
PROCEDENCIA	**DEPARTAMENTO**	BOGOTÁ, D.C.				**MUNICIPIO**	BOGOTÁ, D.C.		
DIRECCION						**TELEFONOS**	3107983476		
ESTRATO	1	**ESCOLARIDAD**				**ESTADO CIVIL**	SOLTERO (A)		
EPS	CAPITAL SALUD E.P.S. S.A.S.								
ARL	NO REFIERE								
FONDO DE PENSIONES	NO REFIERE								
ENTIDAD	PARTICULAR/OCCIDENTE								
ACTIVIDAD ECONOMICA	NO REFIERE					**CARGO**	AUXILIAR DE ENFERMERIA		

AUDIOGRAMA

Oido Izquierdo



Oido Derecho



AUDIOGRAMA PTA AREA

PTA OIDO IZQUIERDO	11.25
PTA OIDO DERECHO	11.25

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

Nombre	Concepto	Observaciones
NORMAL 24 DB	BILATERAL	
OBSERVACIONES	AUDICION BILATERAL NORMAL	

ANTECEDENTES OTOLOGICOS (PRESENTA O HA PRESENTADO)

Nombre	Concepto	Observaciones
ENFERMEDAD DEL OIDO	SI	REFIERE QUE EN SU INFANCIA PRESENTO OTITIS
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO	
ALTERACION DE LA AUDICION	NO	
DOLOR DE OIDOS	NO	
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES	NO	
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	SI	OCASIONAL
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	SI	DIARIO
REALIZO POLIGONO	NO	

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA
TIEMPO EN EL CARGO	4 AÑOS
NIVEL DEL RUIDO	ALTO
TIPO DE PROTECCION	NO

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento

AUDIOMETRIA TAMIZ

Fecha de impresión 08/10/2018 8:27 AM

OTOSCOPIA

O.D	NORMAL
O.I	NORMAL

DIAGNOSTICO AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

Nombre	Concepto	Observaciones
NORMAL 24 DB	BILATERAL	
OBSERVACIONES	AUDICION BILATERAL NORMAL	

IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO 1	Examen de oidos y de la audición

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

Nombre	Concepto	Observaciones
INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO	
CONTROL AUDITIVO EN:	SI	ANUAL
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	
USO DE EPPA	SI	EN ACTIVIDADES RUIDOSAS
MEDICO / ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS IMPLEMENTARIOS	NO	

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): ANA ROCIO GUTIERREZ DIAZ RM: 002658



Firma y sello del Médico Evaluador

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento

VISIOMETRIA

Fecha de impresión 08/10/2018 8:27 AM

FECHA DE EXAMEN 8/10/2018 **TIPO DE EXAMEN** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS	ELI JOHANNA TOVAR GARAVITO						
IDENTIFICACION	CC 1054681914	**SEXO**	F	**EDAD**	23 Años	**FECHA DE NACIMIENTO**	26/03/1995
LUGAR DE NACIMIENTO	BOGOTA					**GRUPO SANGUINEO**	A +
PROCEDENCIA	**DEPARTAMENTO**	BOGOTÁ, D.C.				**MUNICIPIO**	BOGOTÁ, D.C.
DIRECCION						**TELEFONOS**	3107963476
ESTRATO	1	**ESCOLARIDAD**				**ESTADO CIVIL**	SOLTERO (A)
EPS	CAPITAL SALUD E.P.S. S.A.S.						
ARL	NO REFIERE						
FONDO DE PENSIONES	NO REFIERE						
RAZON SOCIAL	PARTICULAR/OCCIDENTE						
ACTIVIDAD ECONOMICA	NO REFIERE					**CARGO**	AUXILIAR DE ENFERMERIA

ANTECEDENTES GENERALES

ANTECEDENTES OCULARES	NO REFIERE

PRUEBA

AGUDEZA VISUAL LEJANA

Nombre	Concepto	Observaciones
AMBOS OJOS	20/20	SC
OJO DERECHO	20/20	SC
OJO IZQUIERDO	20/20	SC
ESTEREOPSIS " SEG.		
VISION CROMATICA	NORMAL	SC
FORIA VERTICAL	NORMAL	
FORIA LATERAL	NORMAL	EXOFORIA

AGUDEZA VISUAL CERCANA

Nombre	Concepto	Observaciones
AMBOS OJOS	0.50 cm	SC
OJO DERECHO	0.50 cm	SC
OJO IZQUIERDO	0.50 cm	SC
ESTENOPEICO		

IMPRESION DIAGNOSTICA

Z01.0: Examen de ojos y de la visión

RECOMENDCIONES

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): CATALINA LOPEZ DELGADO **RM:** 1032435857

Firma y sello del Medico Evaluador

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	5/06/13	Serum 624B100BA	Deky
	2			
	3	11/10/13	Serum 624B100BA	
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	5/09/13	L6 life Sci	UFX12004 Deky
	2	11/10/13	Serum 035L20	
	3	11/11/13	Serum 035L20	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1dr	5/06/13	Bionanguito 121UF6007Z	Deky R
Contra Influenza	1dr	5/06/13	K7062 Sanofi	Deky R
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	5/06/13	Serum 035L20001	Deky
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	19-02-16	D2221 Marlen Y	
	2	13-04-17	JC7J0106BA	Yuly O.
	3	13-10-18	D2276 Marlen D	
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	1	19-02-16	V3a1045	Marlen Y O
Virus de Papiloma Humano				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	04 OCT 2018	0127A202 12/19	Carmen Rosales
Fiebre amarilla	Única	5-6-2013		
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1	5-6-2013		
	2	11-10-2013		
	3	19-02-2016		
	4	13-04-2017		
	5	2 octubre refuerzo		
Hepatitis B	1	5-9-2013		
	2	11-10-2013		
	3	11-11-2013		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	06 OCT 2018		E.O.R. VACUNACIÓN
Otras				



Libertad y Orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

ELI JOHANNA TOVAR GARAVITO

Con Cedula de Ciudadania No. 1.054.681.914

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los ocho (8) días del mes de septiembre de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

47242356 - 08/09/2017
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el numero 9400001519035CC1054681914C

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

Centro Internacional de Entrenamiento en Urgencias y Emergencias

Nit. 900386743-5

www.grupocolombianodeemergencias.com

Certifica que:

ELI JOHANNA TOVAR GARAVITO

C.C 1.054.681.914

APROBÓ EL CURSO TALLER:

"SOPORTE VITAL BASICO SVB (BLS)"

"ABORDAJE AL PACIENTE CON PARADA CARDIORESPIRATORIA"

ENTREGADO EN LA CIUDAD MONIQUIRÁ (BOYACA), EL DÍA 12 DE JULIO DE 2014

DURACIÓN 20 HORAS

CURSO QUE SE DESARROLLÓ CON LAS GUÍAS 2010 DE LOS COMITÉS NACIONALES (CNR) E INTERNACIONALES DE RESUCITACIÓN, PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.

Resolución 1441/2013. **LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.**

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.
INSTRUCTORA BLS–ACLS , CORAT.

FECHA DE RENOVACION SVB JULIO 2016 cel.301 2799308

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
COORDINADOR MEDICO
NEUROCIRUJANO
REGISTRO MEDICO NO. 20511/95
INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE.

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS
LICENCIA No. 4461 DEL 29 DE ABRIL DE 2011
PARA CAPACITACION Y EDUCACION
DE SECRETARIA DE SALUD
NIT: 900386743-5

AMAURY JULIO VILLA.
JEFE Y COORDINADOR NACIONAL G.C.E.
INSTRUCTOR BLS-ACLS (AHA)
PHTLS, CORAT.

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias grupocolombiano

"Lo bueno del Grupo es estar en el"

ASESORIAS Y CAPACITACIONES
HEALTH TRAINING GROUP
NIT 901160737-3 CEL 3209371146
EMERGENCIAS.EOG1708@GMAIL.COM

CERTIFICA QUE:

ELI JOHANNA TOVAR GARAVITO.

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO NUMERO

CC 1.054.681.914

ASISTIO Y APROBO EL CURSO.

ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO.

CODIGO BLANCO

Con una intensidad horaria de 48 HORAS

Guias de lectura, del 23 de septiembre al 29 de septiembre de 2018 Taller práctico 30 de septiembre. Curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art. 42, 90, decreto 2888 del 31 de julio de 2007 en su página 9 Art 38. Y la Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 ley 1075 de 2015 acreditando 40 horas de educación continua e informal con una validez de 2 años.

Lo anterior se firma en Bogotá DC. El Dia 30 del mes de septiembre de 2018

Edisson Osorio
Gerente General

Carolina Martínez Amaya
Enfermera Jefe

CORREO emergencias.eog1708@gmail.com celular: 3209371146

ASESORIAS Y CAPACITACIONES

HEALTH TRAINING GROUP S.A.S

EL COMITÉ DE HEALT TRAINING GROUP S.A.S Y SU DIRECCION CIENTIFICA

NIT 901160737-3 CEL 3209371146

CORREO: HEALTHTRAININGGROUP2018@GMAIL.COM

OTORGAN LA SIGUIENTE CONSTANCIA A:

ELI JOHANNA TOVAR GARAVITO

CC: 1.054.681.914

Por su participación como asistente a los cursos

ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO (CODIGO BLANCO).

Capacitación que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art 42, 90, decreto 2888 del 31 de julio de 2007 en su página 9 Art 38. Y la Resolucion 2003 del 28 de mayo de 2014 ley 1075 de 2015 acreditando 40 horas de educación continua e informal. Se firma constancia el día 30 del mes de septiembre de 2018.

Edisson Osorio

Gerente General

CORREO emergencias.eog1708@gmail.com celular: 3209371146

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ELI JOHANNA TOVAR GARAVITO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,054,681,914**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 09 días del mes de Octubre de 2018.

Gerente de Clientes

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud

FORMULARIO No.

Número de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: a. Afiliación [X] b. Traslado de Novedad [ ]
2. Tipo de Afiliado: a. Cotizante [ ] b. Cónyuge [ ] c. Institucional [ ] d. Cabeza de Familia [X] e. Pensionado [ ] f. Independiente [ ] g. Movilidad [ ] h. Otro [ ]
3. Régimen: a. Contributivo [X] b. Excepción [ ]
4. Tipo de Afiliado: a. Cotizante [X] b. Cónyuge [ ] c. Beneficiario [ ]
5. Tipo de Cotizante: a. Dependiente [ ] b. Independiente [X] c. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

6. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido: TOVAR	Segundo apellido: Garavito	Primer nombre: Eli	Segundo nombre: Johanna

7. Tipo documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
C.C		Femenino [X] Masculino [ ]	26/03/1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
(Ámbito penitenciario)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo:	Cod. Nivel: 17	47.19

15. Administradora de Riesgos Laborales (ARL)	16. Administradora de fondo de pensiones	17. Dirección, correo de notificación, TIPC
POSITIVA	PORVENIR	

18. Residencia				
Dirección: cra 104A # 58-60 Sur	Teléfono: 3107983496	Correo electrónico: johanna1396@hotmail.com		
Municipio: Bogotá	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Barrio: Bosa Santa Fe	Departamento: Cundinamarca	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR
(Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido:	Segundo apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:

20. Tipo documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales
24. Apellidos y nombres completos

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
24.				
a.				
b.				
c.				
d.				
e.				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento
			Femenino [ ] Masculino [ ]	
a.				
b.				
c.				
d.				
e.				

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	
			Tipo	Código
29.				
a.				
b.				
c.				
d.				
e.				

	32. Domicilio materno				33. Información IPC de afiliado adicional
	Dirección	Zona: Urbana / Rural	Departamento	Teléfono de la vivienda	(a registrar por la EPS)
32.					
a.					
b.					
c.					
d.					
e.					

Selección de la IPS primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
a.	
b.	
c.	

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE ORDEN

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante (a registrar por la EPS)

39. Ubicación				
Dirección:	Teléfono:	Correo electrónico:	Departamento:	Municipio:

No validos en el sistema de salud

capitalsalud
EPS-S

FORMULARIO No.

B. REPORTE DE NOVEDADES

42. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de inválidez sin cobro de incapacidad
- [ ] 3. Actualización de documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de vinculación a la EPS
  Código
- [ ] 6. Re-inscripción en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o cónyuge o compañero(a) permanente
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliado principal
- [ ] 9. Inicio de relación laboral, prestación de servicio o pensionado
- [ ] 10. Terminación de relación laboral, prestación de servicios o pensionado
- [ ] 11. Varias novedades a la vez (Diligenciar el archivo de novedades)
- [ ] 12. Desvinculación de un miembro del grupo familiar
- [ ] 13. Traslado
  - [ ] A. Régimen Contributivo
  - [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado
  - [ ] A. Mismo Régimen
  - [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte de licencia de maternidad
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos Básicos de Identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo: Femenino / Masculino	Fecha de Nacimiento	42. Edad

43. EPS anterior | 44. Motivo de movilidad Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de tener cotizaciones simultáneas al régimen contributivo, especial o de excepción
- [ ] 48. Declaración de convivencia de no menos de dos años con el cónyuge o compañero(a) permanente para reconocimiento de beneficiarios
- [ ] 49. Declaración bajo gravedad de juramento del cotizante cabeza de familia, con relación a los afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica de cualquier entidad pública o privada en la que los beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 51. Autorización para que el IPS que haya atendido a un usuario con la calificación de "reporte de novedades" a la base de datos de la entidad territorial que le haya asignado
  sistema con el fin de actualizar la información
- [ ] 52. Autorización para que la EPS consulte periódicamente en la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil los datos de defunción de sus afiliados
  en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico suministrado en el formulario de afiliación

VIII. FIRMAS

El Jurama Favor G.

54. Firma del cabeza de familia o beneficiario

55. En calidad de representante legal del empleador o afiliado colectivo / Institución Educativa / Institución de Cuidado

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Copia documento de identidad: C.N. | T.I. | C.C. | C.E. | P.A. | R.C. | C.D. | S.C.
  Cantidad | Total
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente parcial o pérdida de la capacidad laboral
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la sentencia judicial o escritura pública de separación de bienes, sentencia ejecutoriada que declare la separación de cuerpos y bienes o divorcio, acta de conciliación
  contenida judicial o escritura pública de separación de bienes o sociedad
- [ ] 60. Copia de certificado de adopción o custodia o acogimiento familiar
- [ ] 61. Copia de sentencia judicial o acto administrativo de tutela
- [ ] 62. Documento que acredite la calidad de cabeza de familia, como certificación de votación en la que conste la dirección de residencia o constancia de autoridad local competente
  de los dos padres
- [ ] 63. Copia de la cédula de ciudadanía del padre que no figure en el registro civil de nacimiento del menor
- [ ] 64. Certificación de validación de una cédula de ciudadanía para realizar el reporte correctivo
- [ ] 65. Copia de la carta de autorización de la empresa o de las autoridades competentes en el caso de los afiliados colectivos

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del Afiliado	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Departamento / Municipio / Código de Departamento	Número de Folios / Anexos / Vale		

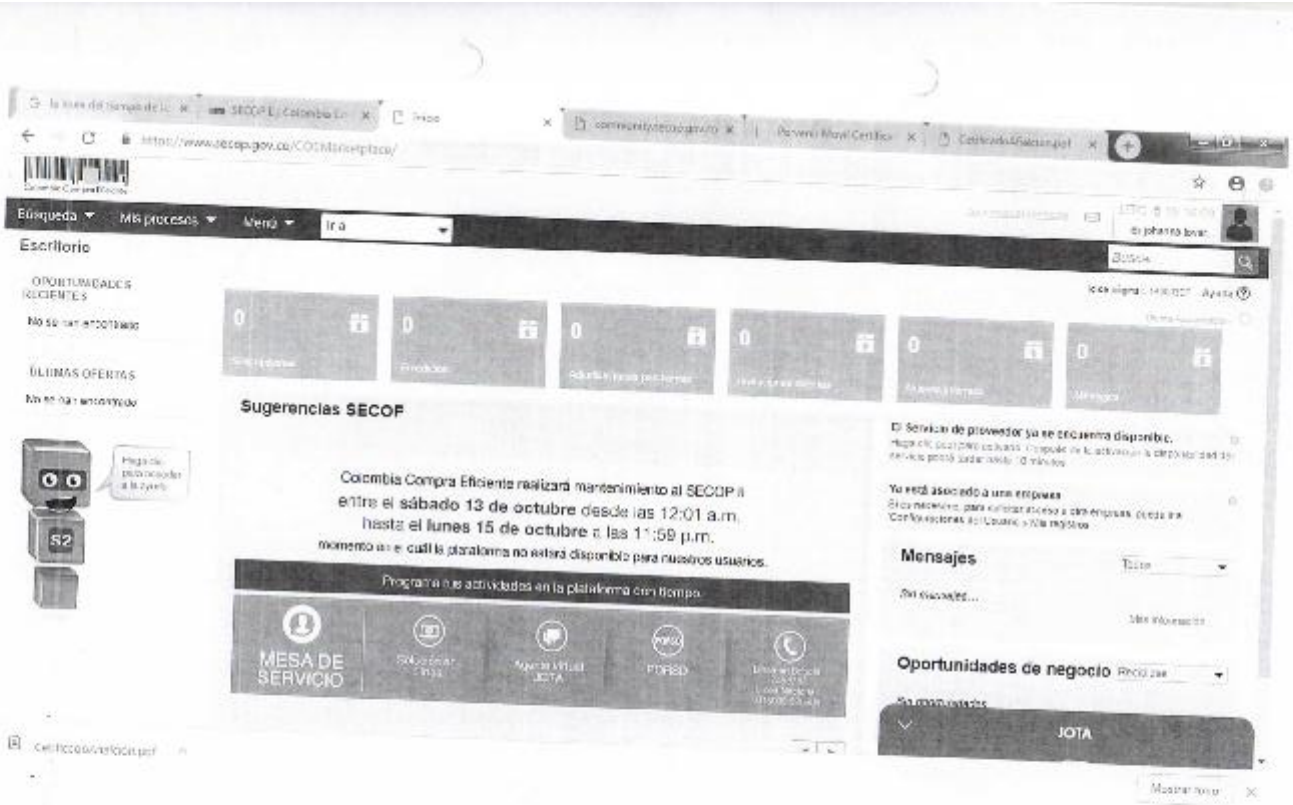
70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo documento de identidad | 71. Firma del funcionario | Número documento de identidad

Observaciones

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capitalsalud.com/formulario.


Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Escritorio
OPORTUNIDADES CLIENTES
ÚLTIMAS OFERTAS
Sugerencias SECOP
Colombia Compra Eficiente realizará mantenimiento al SECOP II
entre el sábado 13 de octubre desde las 12:01 a.m.
hasta el lunes 15 de octubre a las 11:59 p.m.
Programe sus actividades en la plataforma con tiempo.
MESA DE SERVICIO
Mensajes
Oportunidades de negocio
JOTA