

 <b>El servicio público es de todos</b>	<b>Función Pública</b>	<b>FORMATO ÚNICO</b> <b>HOJA DE VIDA</b> Persona Natural (Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)	ENTIDAD RECEPTORA <input type="text"/>

**1 DATOS PERSONALES**

<b>PRIMER APELLIDO</b> AVILA		<b>SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA )</b> GUACARI		<b>NOMBRES</b> ELEN JHALUED			
<b>DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</b>			<b>SEXO</b>	<b>NACIONALIDAD</b>		<b>PAÍS</b>	
C.C	C.E	P.A.S	No. 1116796521	F	M	COL. EXTRANJERO	Colombia
<b>LIBRETA MILITAR</b>							
<b>PRIMERA CLASE</b>		<b>SEGUNDA CLASE</b>		<b>NÚMERO</b>		<b>D.M</b>	
<b>FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO</b>				<b>DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA</b>			
<b>FECHA</b>	DÍA 28	<b>MES</b> 02	<b>AÑO</b> 1990	Mz F CASA 11 VILLA MARIA			
<b>PAÍS</b>	Colombia		<b>DEPTO</b>	Arauca			
<b>DEPTO</b>	Arauca		<b>MUNICIPIO</b>	ARAUCA			
<b>MUNICIPIO</b>	ARAUCA		<b>TELÉFONO</b>	8857697	<b>EMAIL</b>	ele_avi@hotmail.com	

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

**2 FORMACIÓN ACADÉMICA**

<b>EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA</b>														
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)														
<b>EDUCACIÓN BÁSICA</b>										<b>TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO</b>				
<b>PRIMARIA</b>			<b>SECUNDARIA</b>			<b>MEDIA</b>				<b>FECHA DE GRADO</b>				
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	<b>MES</b> 12		<b>AÑO</b> 2005	
<b>EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)</b>														
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).														
<b>MODALIDAD ACADÉMICA</b>	<b>No. SEMESTRES APROBADOS</b>	<b>GRADUADO</b>		<b>NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO</b>				<b>TERMINACIÓN</b>		<b>No. DE TARJETA PROFESIONAL</b>				
UN	12	SI	NO	MEDICINA				MES	AÑO	1116786521				
		X						07	2015					

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

**3 EXPERIENCIA LABORAL**

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.												
<b>EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE</b>												
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Hospital San Vicente				<b>PÚBLICA</b>	<b>PRIVADA</b>	<b>PAÍS</b> Colombia						
<b>DEPARTAMENTO</b> Arauca				<b>MUNICIPIO</b> Arauca			<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b>					
<b>TELÉFONOS</b>				<b>FECHA DE INGRESO</b>			<b>FECHA DE RETIRO</b>					
				DÍA 01	MES 07	AÑO 2020	DÍA 31	MES 10	AÑO 2020			
<b>CARGO O CONTRATO ACTUAL</b> Médico general Médico general				<b>DEPENDENCIA</b> Salas de Cirugía			<b>DIRECCIÓN</b>					
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>												
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Virrey Solís				<b>PÚBLICA</b>	<b>PRIVADA</b>	<b>PAÍS</b> Colombia						
<b>DEPARTAMENTO</b> Antioquia				<b>MUNICIPIO</b> MEDELLÍN			<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b>					
<b>TELÉFONOS</b>				<b>FECHA DE INGRESO</b>			<b>FECHA DE RETIRO</b>					
				DÍA 21	MES 03	AÑO 2018	DÍA 12	MES 03	AÑO 2020			
<b>CARGO O CONTRATO</b> Medica General				<b>DEPENDENCIA</b>			<b>DIRECCIÓN</b>					
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>												
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> EJERCITO NACIONAL DE COLOMBIA				<b>PÚBLICA</b>	<b>PRIVADA</b>	<b>PAÍS</b> Colombia						
<b>DEPARTAMENTO</b>				<b>MUNICIPIO</b>			<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b>					

Arauca	ARAUCA			
<b>TELÉFONOS</b>	<b>FECHA DE INGRESO</b>		<b>FECHA DE RETIRO</b>	
	DÍA 16	MES 01 AÑO 2017	DÍA 31	MES 12 AÑO 2017
<b>CARGO O CONTRATO</b>	<b>DEPENDENCIA</b>		<b>DIRECCIÓN</b>	
MEDICO GENERAL PRESTACION DE SERVICIOS				
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>				
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b>	<b>PÚBLICA</b>	<b>PRIVADA</b>	<b>PAÍS</b>	
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	X		Colombia	
<b>DEPARTAMENTO</b>	<b>MUNICIPIO</b>		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b>	
Arauca	FORTUL			
<b>TELÉFONOS</b>	<b>FECHA DE INGRESO</b>		<b>FECHA DE RETIRO</b>	
	DÍA 03	MES 02 AÑO 2016	DÍA 10	MES 10 AÑO 2016
<b>CARGO O CONTRATO</b>	<b>DEPENDENCIA</b>		<b>DIRECCIÓN</b>	
Medico				
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>				
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b>	<b>PÚBLICA</b>	<b>PRIVADA</b>	<b>PAÍS</b>	
CLINICA METROPOLITANA DEL LLANO		X	Colombia	
<b>DEPARTAMENTO</b>	<b>MUNICIPIO</b>		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b>	
Arauca	TAME			
<b>TELÉFONOS</b>	<b>FECHA DE INGRESO</b>		<b>FECHA DE RETIRO</b>	
	DÍA 03	MES 08 AÑO 2015	DÍA 17	MES 11 AÑO 2015
<b>CARGO O CONTRATO</b>	<b>DEPENDENCIA</b>		<b>DIRECCIÓN</b>	
MEDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGAT				

#### 4 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI  NO  ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

#### 5 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI 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

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

*HOJA DE VIDA ELEN JHALORO AVILA QUACARI*

**LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN**

Personería Jurídica Resolución 1249 de agosto 18 de 1961 - M.F. N.



TENIENDO EN CUENTA QUE

**Elen Jhaloro Avila Quacari**

IDENTIFICACION C.C. No. 4116706521

CUMPLIO SAUSSFACATORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS  
LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR LA

*Facultad de Medicina*

LE OTORGA,

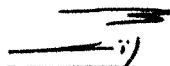
EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA  
Y POR AUTORIZACION DE MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

EL TÍTULO DE:

**Médica**

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y REFERENDAMOS ESTE DIPLOMA, CON EL SELLO MAYOR DE LA FUNDACION  
EN BOGOTÁ, D.C., A LOS *Veintinueve* (29) DIAS DEL MES DE *Julio* DE *dos mil quince* (2015)

  
RECTOR

  
DECANO

DIPLOMA No. 28852

  
SECRETARIO GENERAL

**HOJA DE VIDA ELEN JHALUED AVILA GUACARI**



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
Sede Bogotá, D.C.  
CÓDIGO SNIES 2549

**ACTA DE GRADO N° 2212**

En la ciudad de Bogotá, D.C., el día veintinueve (29) del mes de Julio del año dos mil quince (2.015), se llevó a cabo el Acto de Graduación de la Facultad de Medicina; en el cual la Fundación Universitaria San Martín, Institución de Educación Superior debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional mediante Resolución N° 12387 de 1981, y con la debida autorización del Consejo Académico de la Facultad, según consta en el acta de graduación N° 175 del día 24 de Junio del año 2.015 y previa el cumplimiento de los requisitos académicos, legales y reglamentarios, le confiere el título de

**MEDICA**

A:

**Elen Jhalued Avila Guacari**

Identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía N° 1116786521

En cumplimiento de las normas reglamentarias se autoriza la entrega del Diploma N° 38852 con Número de Registro 31369 anotado al Folio 40 del Libro 08 de fecha veintinueve (29) de Julio del año dos mil quince (2.015), información que reposa en la Secretaría General de la Fundación.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la Ciudad de Bogotá, D.C., a los veintinueve (29) días del mes de Julio del año dos mil quince (2.015).

**MAYRA VIEIRA CANO** (Fdo.)  
RECTOR

**LUCIA DEL PILAR BOHORQUEZ AVENDAÑO** (Fdo.)  
SECRETARIO GENERAL

Es fiel copia tomada del original en lo pertinente. Se expide en la ciudad de Bogotá, D.C., a los veintinueve (29) días del mes de Julio del año dos mil quince (2015).

  
**LUCIA DEL PILAR BOHORQUEZ AVENDAÑO**  
SECRETARIO GENERAL

HOJA DE VIDA ELEN JHALOED AVILA GUACARI



IDENTIFICACION EN LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**ELEN JHALOED AVILA GUACARI**

**C.C.O.C.E. 111000000**

Profesión u Ocupación:

Especialidad:

Institución de Educación:

F. U. SAN MARTIN

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Fecha de expedición:

Fecha de inscripción:



*Elen Jhaloed Avila Guacari*  
Firma

*[Signature]*

Firma representante Colegio Médico Colombiano

Esta tarjeta es un documento público y es expedida de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4102 de 2010. Si esta tarjeta es anulada, favor devolverla al Colegio Médico Colombiano Cra. 18 A No. 121- 12 Of. 301 info@colegiomedico.com.co

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

**Consérvelo**

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó  
Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

**Libertad y Orden**

**POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO**



Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia



Libertad y Orden

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Helen A

Apellidos: Avila

Documento de Identidad:  G.C.  T  PASA  PORTE  N° 9002285585

Fecha de Nacimiento: Día: 28 Mes: 02 Año: 1990

Biológico	Fecha	Fabricante y lote	Validoz	-Firma
Contra Fiebre Amarilla	02/10/2010	CCFA222	Helen	
Contra Influenza				
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	Firma
Rubéola	Única			
Toxide Tetánico Diftérico Td	1	11-04-09		
	2	1-26-09	40572-0	Nancy B
	3	19-12-07	H.M.I	Bethy M.
	4	06-01-09	Foyot 11-11	Nancy B.
	5	11-01-10		
Contra Hepatitis B	1	16-06-12	U3A101011	
	2	11-01-12	U3A101011	
	3	17-02-12	AHV037411	

HOJA DE VIDA ELEN JHALUED AVILA GUACARI



**RAPHAEL GROUP**

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE NIVEL SECUNDARIO Y SUPERIOR  
Y EDUCACIÓN CONTINUADA

Dec. 2004 de 2014 y Dec de Fomento No. 2004 de 2014

**CERTIFICA QUE**

*Elen Jhalued Avila Guacari*

Identificación corporativa de estudiantes No. 7 110 700 001

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO**

*Soporte Vital Básico y Avanzado*

Este programa asegura al alumno la adquisición de conocimientos y habilidades para el primer  
BLS (Basic Life Support) bajo los estándares de las comités autorizadas  
de exámenes con un promedio con un tiempo de dos (2) años  
a partir de su inscripción en los componentes de

**SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO**

**IDENTIFICACION Y MANEJO DE BRADI Y TAQUICARRITMIAS**

**SOPORTE BÁSICO DE TRAUMA**

Para constancia se firma en Medellín

a los Dieciocho (18) días del mes de Mayo del 2019

Dr. JHON EDUARDO GONZALEZ  
Especialista en Medicina de Emergencias  
Código: 101 101 101  
Rafael Group

Dr. ANDREA DEL VALLE  
Especialista en Medicina de Emergencias  
Código: 101 101 101  
Rafael Group

Dr. PABLO RAMIREZ M.  
Especialista en Medicina de Emergencias  
Código: 101 101 101  
Rafael Group



El área de Capacitación y Desarrollo de Medicalall Talento Humano,  
en conjunto con Virrey Solis I.P.S., certifican que:

**ELEN JHALUED AVILA GUACARI**

MÉDICO GENERAL  
C.C. N° 1116786521

Cursó y aprobó satisfactoriamente los contenidos de la certificación en:

**ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL E INTRAFAMILIAR**

El documento se expide a los 30 días del mes de Junio de 2019

En constancia, firman:

**ERIKA CHICA CADENA**  
Profesional Senior en Capacitación y Desarrollo  
MEDICAL TALENTO HUMANO

**ARCENIO CARVAJAL GÓMEZ**  
Director Nacional de Capacitación y Desarrollo  
MEDICAL TALENTO HUMANO

**VANESSA ANILLA DÍAZ**  
Subdirectora Médica  
VIRREY SOLIS I.P.S.



REPUBLICA DE COLOMBIA  
REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.116.786.521**

**AVILA GUACARI**

APELLIDOS

**ELEN JHALUED**

NOMBRES

*Elen Avila*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-FEB-1990**

**BOGOTA D.C.**  
**(CUNDINAMARCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.67**  
ESTATURA

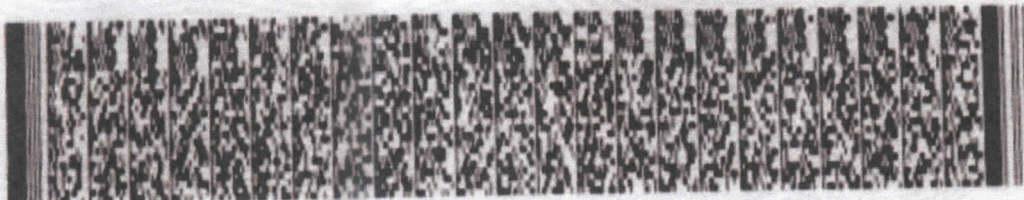
**O+**  
G.S. RH

**F**  
SEXO

**17-MAR-2008 ARAUCA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-4000100-00078301-F-1116786521-20080925

0003701820A 1

25267223

CE-006 - 0000000100 – 2020

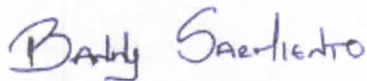
## CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1116786521
NOMBRES Y APELLIDOS	Avila Guacari,Elen Jhalued
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/07/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Avila Guacari,Elen Jhalued, a los 27 días del mes de octubre del año 2020.

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



Banny Yeritza Sarmiento Vanegas  
Coordinador Gestión de la Afiliación

## LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

### CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ELEN JHALUED AVILA GUACARI** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1116786521**, se encuentra afiliado/a desde **31/07/2015** 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 27 de octubre de 2020.



**Rosa Mercedes Niño 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.



**POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA  
DIRECCION DE SANIDAD**

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

Anexo No. 1 al contrato de prestación de servicios profesionales  
y/o técnicos No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**CONTRATISTA** ELEN JHALUED AVILA GUACARI

**PROFESION** MEDICO GENERAL

**DEPENDENCIA SUPERVISORA** Unidad Prestadora de Salud Arauca

Para dar cumplimiento a lo establecido en el Artículo 282 de la Ley 100 de 1993, artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en concordancia con el Decreto 1703 de 2002, Decreto 510 de 2003, Ley 797 de 2003 y Ley 828 de 2003, estipulado en la cláusula vigésima del contrato en mención, me permito manifestar que me encuentro afiliado(a), y girando los aportes correspondientes a las siguientes Entidades Promotoras de Salud y Administradora de Fondo de Pensiones, en mi condición de Trabajador(a) Independiente, sin tener vinculo laboral alguno con la POLICIA NACIONAL-SECCIONAL SANIDAD ARAUCA:

E.P.S. (obligatorio) SANITAS

A.F.P. (obligatorio) COLPENSIONES

De igual manera, atendiendo el Decreto 1295 de 1994, reglamentado por el Decreto 2800 de 2003, manifiesto que: SI  NO  deseo afiliarme a la Administradora de Riesgos Profesionales con la cual se encuentran cubiertos los servidores públicos adscritos a la planta de personal:

A.R.P. (voluntario) Positiva

Para lo anterior me comprometo a diligenciar el formulario respectivo suministrado por la A.R.P., determinado por la Superintendencia Bancaria, anexando copia del presente documento y del contrato respectivo.

Atentamente,  
  
\_\_\_\_\_  
FIRMA

FECHA 29 | 10 | 2020  
116786521 DE Arauca  
IDENTIFICACION

**FUNCIONARIO SESAN QUE CONSTATA LA INFORMACION**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE

\_\_\_\_\_  
FIRMA

## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

### CERTIFICADO ORDINARIO No. 152605154



WEB  
15:47:38  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 27 de octubre del 2020

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) ELEN JHALUED AVILA GUACARI identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1116786521:

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 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>

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.

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


CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 27 de octubre de 2020, a las 15:44:35, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1116786521
Código de Verificación	1116786521201027154435

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



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 15:41:54 horas del 27/10/2020, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1116786521

Apellidos y Nombres: **AVILA GUACARI ELEN JHALUED**

### **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.



Dirección: Calle 18A # 69F-45  
Zona Industrial, barrio  
Montevideo, Bogotá D.C.  
Atención administrativa: lunes a  
viernes 7:00 am a 1:00 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:  
lineadirecta@policia.gov.co



Presidencia



Ministerio de



Portal Único



Gobierno en

2. Concepto  0  2 Actualización

4. Número de formulario

14696762301



(415)7707212489984(8020) 000001469676230 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 1 1 6 7 8 6 5 2 1 6. DV 0 12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Arauca 14. Buzón electrónico 3 4

**IDENTIFICACIÓN**

24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3 26. Número de identificación 1 1 1 6 7 8 6 5 2 1 27. Fecha expedición 2 0 0 8, 0 3, 1  
Lugar de expedición COLOMBIA 28. País 1 6 9 29. Departamento Arauca 8 1 30. Ciudad/Municipio Arauca 0 0

31. Primer apellido AVILA 32. Segundo apellido GUACARI 33. Primer nombre ELEN 34. Otros nombres JHALUED

35. Razón social

36. Nombre comercial 37. Sigla

**UBICACIÓN**

38. País COLOMBIA 1 6 9 39. Departamento Arauca 8 1 40. Ciudad/Municipio Arauca 0 0

41. Dirección principal MZ F CL 11 BRR VILLA MARIA

42. Correo electrónico ele\_avi@hotmail.com

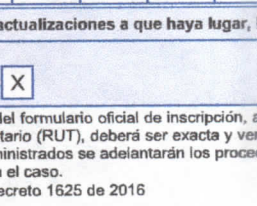
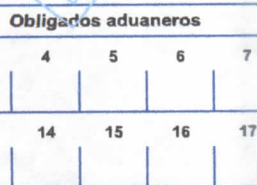
43. Código postal 44. Teléfono 1 3 1 3 3 2 4 0 6 1 2 45. Teléfono 2

**CLASIFICACIÓN**

Actividad económica				Ocupación		52. Número establecimientos
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	51. Código	
8 6 2 1	2 0 1 6 0 1 2 9			1 2		

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

53. Código 2 0  
20- Obtención NIT



Obligados aduaneros										Exportadores				
54. Código										55. Forma	56. Tipo	Servicio		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			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: 0

61. Fecha 2020 - 06 - 30 / 15 : 00: 12

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 AVILA GUACARI ELEN JHALUED  
985. Cargo CONTRIBUYENTE

**POLICIA NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD**



**FORMATO INFORMACIÓN DE TERCEROS**

DILIGENCIAR EN LETRA IMPRENTA, MAQUINA O COMPUTADOR

**1. TIPO DE BENEFICIARIO**

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

**2. TIPO DE DOCUMENTO**

- |   |                                     |                            |                          |
|---|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1.1 Cédula de Ciudadanía                                | <input type="checkbox"/>            | 1.4 Otro Tipo de Documento | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 Cédula de Extranjería                               | <input checked="" type="checkbox"/> | 1.5 Pasaporte              | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 Número de Identificación Tributaria (FOTOCOPIA NIT) | <input type="checkbox"/>            | 1.6 Tarjeta de Identidad   | <input type="checkbox"/> |

**NUMERO DEL DOCUMENTO** 1'116.786.521

**3. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL** Elen Jhalued Avila Guacari

**4. PAÍS** Colombia

**5. CIUDAD** Arauca

**6. TELÉFONO Y FAX** 3133240612

**7. DIRECCIÓN** Manzana F Casa 11 Villa Maria

**8. CORREO ELECTRÓNICO** ele\_avi@hotmail.com

**INFORMACIÓN DE LA CUENTA**

1. ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA Banco Caja Social

2. NÚMERO DE LA CUENTA 24082462992

3. CLASE DE CUENTA Ahoros

SE DA FE DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA ANTERIORMENTE

FECHA \_\_\_\_\_



### HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

ELEN JHALUED AVILA GUACARI

Identificado con CC 1116786521

Actualmente tiene(n) Cuentamiga, radicado(a) en la oficina AVENIDA ORIENTAL, con las siguientes características:

<b>Número:</b>	24082462992
<b>Fecha de apertura:</b>	28 de Febrero de 2018
<b>Condiciones de uso:</b>	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
<b>Estado:</b>	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, el 27 del mes Octubre de 2020.

Cordialmente,

**Vicepresidencia de Banca Masiva**

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

ENTIDAD RECEPTORA
-------------------

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

Yo, Elen Jhaluel Avila Guacari

IDENTIFICADO CON: C.C.  C.E.  OTRO  No. 1116786521 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: Arauca

DIRECCIÓN: Manzana F Casa 11 Villa Maria TELÉFONOS: 3133240612

MUNICIPIO: Arauca DEPARTAMENTO: Arauca PAIS: Colombia

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
<u>Yamile Guacari Sanabria</u>	<u>68287284</u>	<u>Mamá</u>

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	<u>4'500.000</u>
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
<b>TOTAL</b>	<u>4'500.000</u>

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
<u>Banco Caja Social</u>	<u>Ahorros</u>	<u>24082462992</u>	<u>Medellin</u>	<u>600.000</u>

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
<u>Automovil</u>	<u>Kia Rio Space 2013</u>	<u>30'000.000</u>
<u>Moto</u>	<u>Honda 110</u>	<u>3'000.000</u>

ANEXO No. 1

**DECLARACIÓN JURAMENTADA**

Ciudad: ARUACA-ARAUCA

Fecha 29/10/2020

Señores:

Nombre de la Entidad Pública: COMANDO DE POLICÍA ARAUCA-UNIDAD PRESTADORA DE SALUD

Ciudad del Domicilio de la Entidad Pública: ARAUCA-ARAUCA

Asunto: DECLARACIÓN DE NO DEUDOR

Yo Elen Jhalced Avila Guacari, Identificado(a) como aparece al pie de mi firma, declaro bajo la gravedad de juramento, no encontrarme en situación de deudor moroso con el Estado, o en su defecto haber suscrito acuerdo de pago vigente.

Cordialmente,

Elen Jhalced Avila Guacari

Nombre y Apellidos o Razón Social.

Firma.

Identificación

Numero. 1116786521 de Arauca

Seleccione con una X según corresponda:

CEDULA DE CIUDADANÍA

N.I.T

CEDULA DE EXTRANJERÍA

PASAPORTE

SOCIEDAD EXTRANJERA SIN N.I.T EN COLOMBIA

**CONCEPTO DE APTITUD**

**Paciente:** ELEN JHALUED AVILA GUACARI  
**Sexo:** F **Fecha de Nacimiento:** 1990-02-28 **Edad:** 30 A  
**Dirección:** MZA F CASA 11  
**Empresa:** INDEPENDIENTE  
**Empresa en misión:** POLICIA NACIONAL  
**Actividad económica:**  
**Talla (mts):** 1.67 **Peso (kg):** 66.0 **IMC:** 23,67 **Grupo Sanguineo:** O +

**Identificación:** CC 1116786521  
**Teléfono:** 3133240612



**EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA**

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

**Orden No.:** 0017713 **Fecha apertura:** 20201029 15:14:27  
**Fecha cierre:** 20201029 15:42:53  
**Realizado en:** Arauca - Arauca

**Cargo u Oficio:** MEDICO

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

**EXAMENES REALIZADOS**

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

**RECOMENDACIONES LABORALES MANEJO POR EPS**

-EPP: Utilización de elementos de protección personal de acuerdo al cargo.  
-OSTEOMUSCULAR: pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.  
-VISUAL: Corregir refracción ocular..

**MANEJO POR ARL**

NO

**HABITOS Y ESTILOS DE VIDA**

-Habitos nutricionales saludables.

**INCLUIR EN PVE**

-Riesgo biológico y bioseguridad.

**RESTRICCIONES LABORALES**

NO

**CONCEPTO DE APTITUD:** SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Pedro Nel Serma  
Médico Cirujano R.M.10.313  
ESP. Salud Ocupacional 81908

**Firma del medico especialista en Salud Ocupacional**

**Nombre:** PEDRO NEL SERNA CESPEDES  
**Especialidad:** Med. Especialista en Salud Ocupacional  
**Licencia S.O.:** 81908 **Registro No.:** 10313

**Firma del Paciente**

**Tipo y No. Id:** CC 1116786521