Floridablanca,

Señores:
ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA
Correo: contratacion@hospiflorida.gov.co

Asunto: Presentación Oferta de Servicios

De manera atenta me permito presentar a su consideración la oferta en los siguientes términos:

Objeto: "PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO PARA BRINDAR APOYO A LA COORDINACION MEDICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA EN LOS ASUNTOS CLINICOS Y ADMISTRATIVOS QUE LE SEAN ASIGNADOS".

VALOR: TREINTA Y SEIS MILLONES DE PESOS M/CTE ($36.000.000.)

PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución será hasta **SEIS (06) MESES**, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, previo cumplimiento de los requisitos de ejecución y perfeccionamiento.

Actividades a desarrollar:

1. Apoyar en las actividades de seguimiento al cumplimiento de las responsabilidades del proveedor de personal asistencial, teniendo en cuenta convenios vigentes y necesidades institucionales.
2. Participar en las mesas técnicas del área de facturación con las diferentes aseguradoras, brindando apoyo en los procesos recaudo, cartera y venta de servicios de salud.
3. Generar espacios que favorezcan la armonización de los servicios, enfocado en eficiencia y seguridad del usuario, mediante la articulación y engranaje de los diferentes líderes asistenciales.
4. Brindar asesoría y apoyo técnico relacionado con la oferta institucional de servicios, mediante el diseño de programas o rutas de atención específicas.
5. Realizar actividades de seguimiento al rendimiento y la productividad de los profesionales asistenciales, basado en estadísticas de la institución.
6. Asistir a los comités institucionales que establece la normatividad vigente, y favorecer el cumplimiento de los diferentes compromisos adquiridos con las áreas participantes desde el seguimiento a los mismos.
7. Participar en las actividades de interés en salud pública para la institución, unidades de análisis, revisiones de caso, y similares en virtud de las solicitudes de los entes de control.
8. Realizar actividades de apoyo técnico y soporte de datos ante solicitud de la gerencia.
9. Ejercer como enlace institucional entre la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Floridablanca y las empresas proveedoras de personal médico, asistencial y especializado.
10. Las demás actividades que sean asignadas para la correcta ejecución del objeto contractual, acordes con el área de desempeño.

Obrando en nombre propio, expreso mi voluntad de prestar mis servicios a la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Floridablanca, y bajo la gravedad de juramento manifiesto que no estoy incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades previstas en los artículos 8, 9 y 10 de la Ley 80 de 1.993, en especial en el artículo 18 de la Ley 1150 de 2.007 y artículo 90 de la Ley 1474 de 2.011 y en las demás normas que la modifiquen o adicionen en cuanto sean pertinentes.

De igual manera manifiesto, que la información registrada y entregada con sus respectivos soportes para el futuro proceso de contratación, son auténticos y corresponden a mi experiencia laboral y académica, así mismo autorizo a la entidad para procesar, solicitar, divulgar, corroborar y obtener de cualquier fuente que realice las consultas, toda la información y referencias relativas a mi persona ante las entidades correspondientes y a cualquier otra entidad que maneje base de datos, conforme a la Ley 1581 de 2012.

Adicional, manifiesto que he leído los documentos que soportan la futura contratación como son los estudios previos y demás documentación, encontrándome habilitado conforme al perfil que se requiere y hago la siguiente declaración:

DECLARACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO RÉGIMEN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES.

- Algún familiar suyo fue o es funcionario de la Entidad Si (__) No (_X_), si su respuesta es afirmativa, relacione: _____
- Si su respuesta es afirmativa indique que tipo de parentesco tiene con Usted: _____
- Si su familiar fue funcionario de esta Entidad, indique si fue: Directivo (__) Asesor (__) Profesional (__) otro: _____
- Se encuentra afiliado y al día en los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, de acuerdo con el Decreto 1273 de 2018 SI (_X_) NO (__).

Por último, por políticas de transparencia de la entidad, me permito manifestar mis siguientes compromisos:

1. El proponente se compromete a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.

2. El proponente se compromete a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el presente Proceso de Contratación.

3. El proponente se compromete a revelar la información que sobre el presente Proceso de Contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.

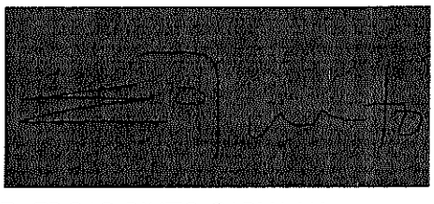
4. El proponente se compromete a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.

5. El proponente se compromete a ceder el contrato si llegare a sobrevenir una inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Constitución o en la Ley, previa autorización escrita del Hospital de Floridablanca, y si ello no fuere posible renunciaré a la ejecución del mismo, de conformidad con lo previsto en el artículo 9° de la Ley 80 de 1993.

6. El proponente se compromete a desarrollar todas sus actividades en el marco de principios éticos y a asumir con seriedad y responsabilidad todos los compromisos relacionados con el presente contrato.

7. El proponente se compromete a suministrar al Hospital de Floridablanca, cualquier información sobre actos de corrupción, soborno, subjetividad, presión o favorecimiento en el desarrollo del proceso contractual, del que tenga o llegare a tener conocimiento.

Atentamente,

FIRMA: 

NOMBRE: EDGAR PINTO CARVAJAL.
CC. Nro. 91.514.334 de Barrancabermeja.
DIRECCIÓN: CARRERA 24 N 35-30 TORRE 3 APTO 302 ALTOS DE CAÑAVERAL.
TELÉFONO: 3183930169
CORREO ELECTRÓNICO: e_pinto@hotmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

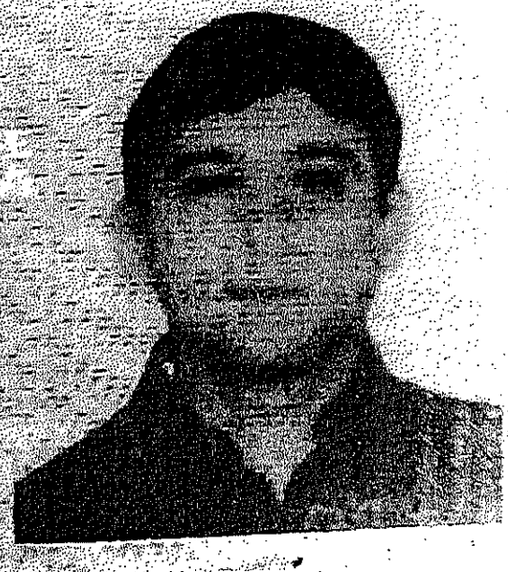
NUMERO 91.514.334

PINTO CARVAJAL

APELLIDOS

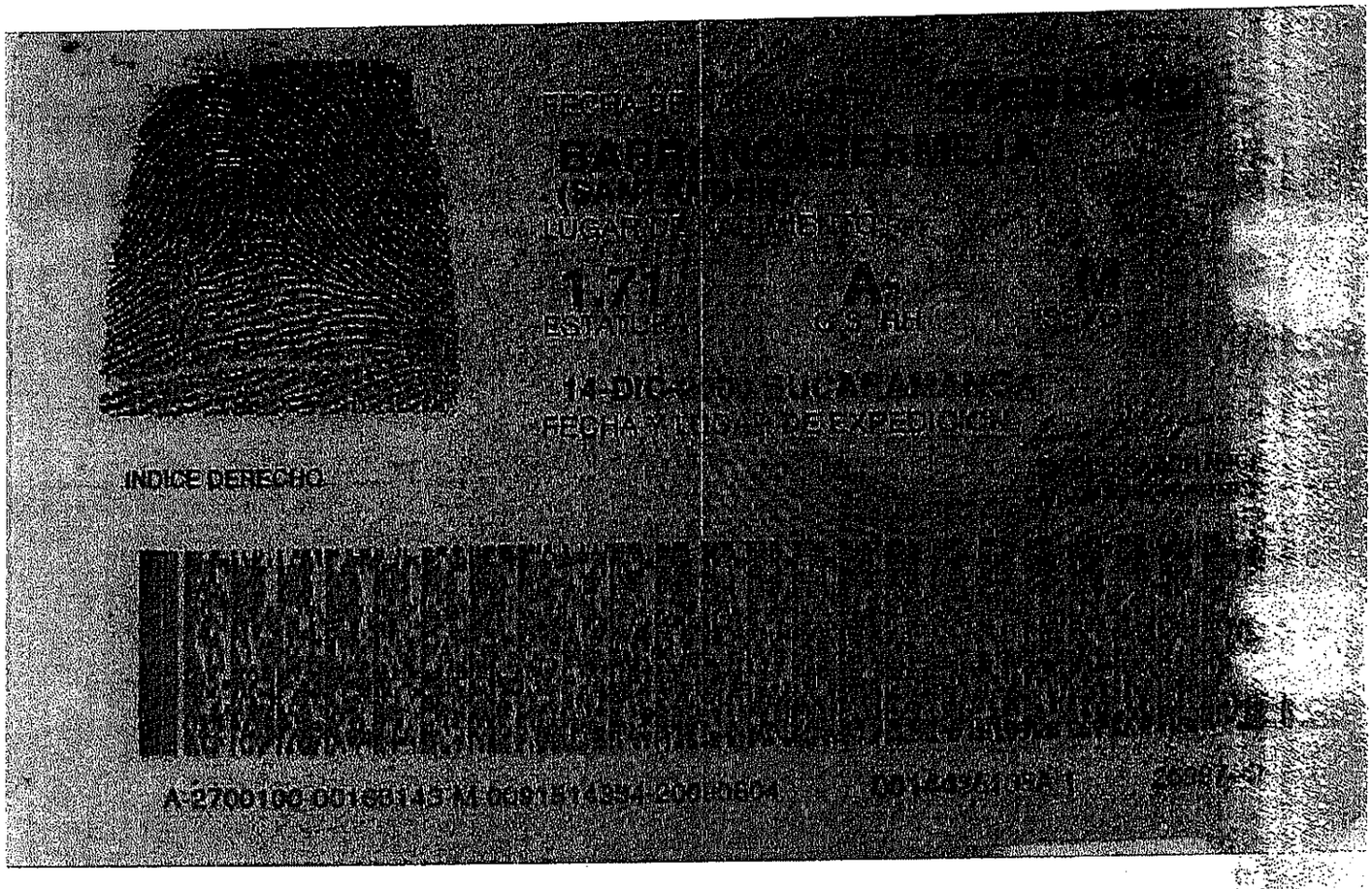
EDGAR

NOMBRES



FIRMA

04



05
35

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Pinto	Carvajal	Edgar

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 91514334	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 91514334 D.M. 34

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 27 MES 09 AÑO 1982

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO BARRANCABERMEJA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 24N 35 30 TORRE 3 APT. 302 Altos de Cañaveral

PAÍS COLOMBIA DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO FLORIDABLANCA

TELÉFONO 6823058 EMAIL e_pinto70@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											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1999

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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	
POSTGRADO	4	X		ESPECIALIZACION EN REVISORIA FISCAL Y AUDITORIA EXTERNA	11	2015	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	12	2008	3947-10
PREGRADO	12	X		MEDICINA	12	2008	3947-10

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*
ESPAÑOL			X			X			X
INGLÉS		X			X			X	

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESAS SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* FLORIDABLANCA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3183930169	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2025	*Día*	09	*Mes*	10	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL GESTOR CLINICO	*DEPENDENCIA* AREA CIENTIFICA Y A. EN SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 8 3 30 floridblanca					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COOSALUD EPS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	29	*Mes*	05	*Año*	2023	*Día*	25	*Mes*	02	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL DIRECTOR DE SALUD REGIONAL	*DEPENDENCIA* ADM. COORDINACION Y DIRECCION						*DIRECCIÓN* AVENIDA null 48 14 AVENIDA GONZALEZ VALENCIA					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FLORIDABLANCA		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* FLORIDABLANCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6487171	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	19	*Mes*	12	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION DE SALUD					*DIRECCIÓN* - TRASVERSAL 29 # 5 - 33 LAGOS III						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COOMULTRASAN IPS		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6434204	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	02	*Año*	2014	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDIGO GENERAL +AUDITOR MEDICO	*DEPENDENCIA* APOYO MEDICO					*DIRECCIÓN* CARRERA 27 33 47						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE MEDICOS GENERALES Y ESPECIALISTAS		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6434204	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	07	*Mes*	03	*Año*	2011	*Día*	11	*Mes*	06	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL REQUIERE CORRECION	*DEPENDENCIA* ADMNISTRACION					*DIRECCIÓN* CALLE 63 30 129 of 1-10						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL LANDAZURI		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* LANDÁZURI					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2010	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR Y MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* APOYO MEDICO					*DIRECCIÓN* Barrio Pueblo Nuevo Landázuri Santander						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA		*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*								
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:		*Mes:*		*Año:*		*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	11	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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 Y

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 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

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACION UNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

Libertad y Orden

Registro No.
68 3947/2010

Profesión u Ocupación

MÉDICO

Nombres y Apellidos

PINTO CARVAJAL EDGAR

C.C. o C.E.
CC 91514334

De
BUCARAMANGA

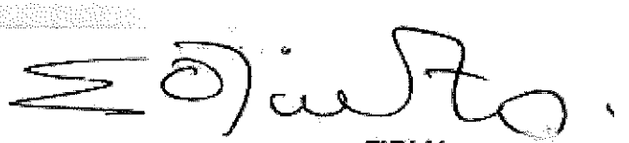
Institución de Educación
U.N.A.B

Ciudad
BUCARAMANGA

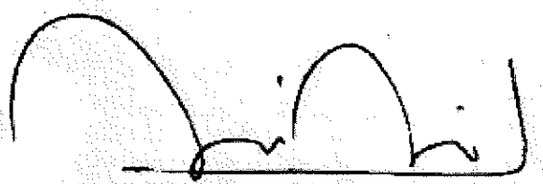
Código 69979/68

Fecha de Expedición 14/10/2011

FIRMA



FIRMA
MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO



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

La República de Colombia
y en su nombre el

COLEGIO CAMPESTRE BOCORE

Piedecuesta - Santander

Aprobado por la Secretaría de Educación según Resolución No. 543 del 3 de Noviembre de 1998

Confiere a

Edgar Pinto Carvajal

T.I. Identificado con C.C. No. 820927. 08507 Expedida en Bucaramanga

El título de

Bachiller Académico

con Énfasis en Ciencias Básicas

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al nivel de Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes.

Rector

Secretaria

Registrado en el Libro de Actas Generales de Graduación No. 01

Folio No. 38 Numeral 54

Nº 0034

Dado en Piedecuesta a los 26 días del mes de Noviembre de 1999

12

12

República de Colombia

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA

Autorizada por resolución 2771 de 1987 del Ministerio de Educación

El Consejo Académico y el Rector en atención a que

EDGAR PINTO CARVAJAL

C.C. 91.514.334 de Bucaramanga

ha cumplido las normas legales y los requisitos académicos exigidos por la Universidad. le otorgan, con los derechos, obligaciones y prerrogativas correspondientes, el título de

MEDICO

Se expide el presente diploma en Bucaramanga el 18 de Diciembre de 2009

RECTOR | SECRETARIO GENERAL | DECANO

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE SANTANDER

Registrado al Folio Nº 649 - 19470 del Libro Nº 3 de 2009

12

13

12

UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA

EN ATENCIÓN A QUE

Edgar Pinto Carvajal

C.C. 91.514.334 de Bucaramanga (Santander)

EN VIRTUD DEL CONVENIO CON
LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR LOS
ESTATUTOS UNIVERSITARIOS PARA OPTAR EL TÍTULO DE

Especialista en Auditoría en Salud

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA
EN TESTIMONIO DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA
CON LOS SELLOS RESPECTIVOS EN MEDELLÍN-COLOMBIA
A LOS 11 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2015

José María Maya Mejía
Rector
Universidad CES

Patricia Cliejac Fayad
Secretaria General
Universidad CES

Jorge Julián Osorio Gómez
Decano Facultad de Medicina
Universidad CES

Alberto Montoya Puyana
Rector
Universidad Autónoma de Bucaramanga

Juan José Rey Serrano
Decano Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Autónoma de Bucaramanga

Registrado en: Folio 384 Numero 13432 del 11 de diciembre de 2015. Acta 13533 del 11 de diciembre de 2015. Firma:

18

14

14

CERTIFICA A:

C.P.E
Centro de Proyectos Estratégicos

Edgar Pinto Carvajal

Como participante en el Curso Taller Virtual
HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD BASADA EN LA RESOLUCIÓN 3100
Realizado del 26 al 31 de julio de 2021

Intensidad 48 horas académicas

ANA MARIA CHAVES.
Gerente General

VLADIMIR GARCIA R.
Director Operativo

COOSALUD
Es Vos de su bienestar

LA SUSCRITA GERENCIA DE GESTION HUMANA DE COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.

NIT. **900.226.715-3**

CERTIFICA

Que El(la) Señor(a) Edgar Pinto Carvajal identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 91.514.334, labora en COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. como DIRECTOR DE SALUD REGIONAL, con contrato laboral a termino Indefinido desde el 29 de mayo de 2023, devengando un salario mensual de siete millones quinientos cincuenta y un mil trescientos noventa y cuatro M/CTE. ($ 7.551.394).

Para mayor constancia se firma el presente certificado en la ciudad de Cartagena de Indias, Colombia, el Martes 25 de febrero de 2025.

CLAUDIA BLENIZ BERMUDEZ
Gerente de Gestión Humana

15
16
17

AYUDA TEMPORAL DE SANTANDER
Nit. 900.439.862-2

CERTIFICA QUE

EDGAR PINTO CARVAJAL

Empleado (a) en Misión

Identificado(a) con cedula de ciudadanía 91514334 laboro mediante un (1) contrato de trabajo por el término que dure la obra o labor determinada en nuestra empresa cliente COOMULTRASAN MULTIACTIVA Desde 01 de febrero de 2020 hasta el 30 de enero de 2021 desempeñando el cargo de COORDINADOR MÉDICO Y PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DIRECCIÓN SALUD

El presente certificado se expide en Bucaramanga a los 30 del mes de enero del año 2021.

Cordialmente,

LILIANA JIMENEZ CALVIS
GERENTE
AYUDA TEMPORAL DE SANTANDER

16

17

17

coomultrasán
multiactiva
Nit. 890.201 063-6

Bucaramanga, 30 de agosto de 2022

LA DIRECTORA DE TALENTO HUMANO

HACE CONSTAR:

Que el (a) señor(a) EDGAR PINTO CARVAJAL, identificado (a) con cédula número 91.514.334, estuvo vinculada (o) a nuestra empresa desde el 03 de febrero de 2014 al 25 de agosto de 2016 y del 08 de marzo de 2021 31 de mayo de 2022.

Se desempeñó en los siguientes cargos:

*Del 03 de febrero de 2014 al 30 de agosto: Médico General
*Del 01 de septiembre de 2014 al 25 de agosto de 2016: Auditor Médico
*Del 08 de marzo de 2021 al 31 de mayo de 2022: Coordinador Médico.

Se expide esta constancia a solicitud del interesado.

coomultrasán
multiactiva
DIRECTORA TALENTO HUMANO

PATRICIA GONZALEZ SERRANO

13

13

ESE Hospital Integrado Landazuri

LA GERENTE DE LA ESE HOSPITAL INTEGRADO LANDAZURI

NIT 890.205.516-9

CERTIFICA

Que el Doctor **EDGAR PINTO CARVAJAL**, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 91.514.334 expedida en Bucaramanga, presto sus servicios como MEDICO GENERAL Y COORDINADOR MEDICO en el periodo comprendido del 01 de Marzo de 2010 al 22 de Diciembre de 2010 en la **ESE HOSPITAL INTEGRADO LANDAZURI**.

Dada en Landazuri Santander a los veintisiete (27) días del mes de Diciembre de 2010.

LAURA CRISTINA RODRIGUEZ CASTRO
GERENTE

AYUDA TEMPORAL DE SANTANDER
Nit. 900.439.862-2

CERTIFICA QUE

EDGAR PINTO CARVAJAL

Empleado (a) en Misión

Identificado(a) con cedula de ciudadanía **91514334** laboro mediante un (1) contrato de trabajo por el término que dure la obra o labor determinada en nuestra empresa cliente **COOMULTRASAN MULTIACTIVA** Desde 21 de febrero de 2019 hasta el 31 de julio de 2019 desempeñando el cargo de **AUDITOR MEDICO**

El presente certificado se expide en Bucaramanga a los 31 del mes de julio del año 2019.

Cordialmente,

LILIANA BENITEZ GALVIS
GERENTE
AYUDA TEMPORAL DE SANTANDER

AYUDA TEMPORAL DE SANTANDER Nit. 900.439.862-2

CERTIFICA QUE

EDGAR PINTO CARVAJAL

Empleado (a) en Misión

Identificado(a) con cedula de ciudadanía **91514334** laboro mediante un (1) contrato de trabajo por el término que dure la obra o labor determinada en nuestra empresa cliente **COOMULTRASAN MULTIACTIVA** Desde 01 de agosto de 2019 hasta el 31 de enero de 2020 desempeñando el cargo de **AUDITOR MEDICO**

El presente certificado se expide en Bucaramanga a los 31 del mes de enero del año 2020.

Cordialmente,

ULIANA BENITEZ GALVIS
GERENTE
AYUDA TEMPORAL DE SANTANDER

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141177635340

(415)7707212489984(8020) 000014117763534 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 1 5 1 4 3 3 4	2	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadania 1 3	9 1 5 1 4 3 3 4	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PINTO	CARVAJAL	EDGAR	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
JOYERIA YVOMMA	

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CC LA ISLA LC C 14 P 3

42. Correo electrónico: mardeplatajoyeriabga@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 8 3 9 3 0 1 6 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 0 8 1 1 1 8	4 7 1 4	2 0 2 2 0 3 1 7				2 2 2 1	1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
16- Obligación facturar por ingresos bienes
22- Obligado a cumplir deberes formales a
49 - No responsable de IVA
52 - Facturador electrónico

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

Exportadores						
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3	
		57. Modo				
		58. CPC				

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre PINTO CARVAJAL EDGAR

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 06-01-2026 04:16:24PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 2 de 2 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141177635340

(415)7707212489984(8020) **000014117763534 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 1 5 1 4 3 3 4	2	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	4

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de otros productos nuevos, en establecimientos espe 4 7 7 4

162. Nombre del establecimiento: JOYERIA YVOMMA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

165. Dirección: CC LA ISLA LC C 14 P 3

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
4 1 0 6 9 0	2 0 2 2 0 3 1 7
168. Teléfono: 3 1 8 3 9 3 0 1 6 9	169. Fecha de cierre

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-01-06 16:07

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
EDGAR		PINTO	CARVAJAL

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	91514334

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	BARRANCABERMEJA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	FLORIDABLANCA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	FLORIDABLANCA

Dirección	["Cra 8 # 3 - 30"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

24

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$162.529.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	$43.900.000,00
TOTAL	$206.429.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$3.627.736,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

12. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [X] No [ ]

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 participación
COMERCIO DE JOYAS	PROPIETARIO

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [X] No [ ]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LILIAN	YVONNE	MALDONADO	ALVAREZ

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 63550336

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

26

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

29

DIAN

Declaración de renta y complementario personas naturales y asimiladas residentes y sucesiones ilíquidas de causantes residentes

PRIVADA

210

1. Año 2024

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 2118708165541

(415)7707212489984(8020) 000211870816554 1

Datos del declarante

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6.DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12.Cod. Dirección seccional
9151433 4	2	PINTO	CARVAJAL	EDGAR		4

24. Actividad económica principal 0010 — Si es una corrección indique: — 25. Cód. — 26. No. Formulario anterior — 27. Fracción año gravable siguiente — 28. Uno por ciento (1%) de compras con factura electrónica: 0

Patrimonio	Total patrimonio bruto	29	395,300,000	Deudas	30	242,637,000	Total patrimonio líquido	31	152,663,000

Cédula general

Conceptos/rentas		Rentas de trabajo		Rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria		Rentas de capital		Rentas no laborales	
Ingresos brutos		32	132,829,000	43	0	58	7,000	74	43,900,000
Devoluciones, rebajas y descuentos								75	0
Ingresos no constitutivos de renta		33	7,758,000	44	0	59	0	76	0
Costos y deducciones procedentes				45	0	60	0	77	25,950,000
Renta líquida		34	125,071,000	46	0	61	7,000	78	17,950,000
Rentas líquidas pasivas - ECE						62	0	79	0
Rentas exentas	Aportes voluntarios AFC, FVP y AVC	35	0	47	0	63	0	80	0
	Otras rentas exentas	36	28,411,000	48	0	64	0	81	0
	Total rentas exentas	37	28,411,000	49	0	65	0	82	0
Deducciones imputables	Intereses de vivienda	38	7,435,000	50	0	66	0	83	0
	Otras deducciones imputables	39	13,283,000	51	0	67	0	84	0
	Total deducciones imputables	40	20,718,000	52	0	68	0	85	0
Rentas exentas y/o deduc. imputables (Limitadas)		41	49,129,000	53	0	69	0	86	0
Renta líquida ordinaria del ejercicio				54	0	70	7,000	87	17,950,000
Pérdida líquida del ejercicio				55	0	71	0	88	0
Compensaciones por pérdidas				56	0	72	0	89	0
Renta líquida ordinaria		42	75,942,000	57	0	73	7,000	90	17,950,000

Ren. líquida céd. gen.	91	143,028,000	Ren. ex. y ded. imp. li.	92	52,518,000	R. líq. ord. cédula gen.	93	90,510,000	Comp. pérdidas año 2018 y ant.	94	0
Comp. exc. ren. presuntiva	95	0	Rentas gravables	96	0	R. líq. grav. cédula gen.	97	90,510,000	Renta presuntiva	98	0

Cédula de pensiones

Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior	99	0
Ingresos no constitutivos de renta	100	0
Renta líquida	101	0
Rentas exentas de pensiones	102	0
Renta líquida gravable cédula de pensiones	103	0

Cédula de dividendos y/o participaciones

Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros	104	0
Ingresos no constitutivos de renta	105	0
Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores	106	0
1a. Subcédula años 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T.	107	0
2a. Subcédula años 2017 y siguientes parágrafo 2 art. 49 del E.T.	108	0
Dividendos y participaciones recibidas del exterior	109	0
Rentas exentas de la casilla 109	110	0
Renta líquida gravable (Cédula general o renta presuntiva, de pensiones y de dividendos y participaciones, art. 241 E.T.)	111	90,510,000

Ganancias ocasionales

Ingresos por ganancias ocasionales del país y del exterior	112	0
Costos por ganancias ocasionales	113	0
Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	114	0
Ganancias ocasionales gravables	115	0

Liquidación privada

Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: Cédula general, de pensiones y de dividendos y participaciones	116	8,399,000
Renta presuntiva, de pensiones y de dividendos y participaciones	117	0
Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a subcédula (Art. 240 E.T.)	118	0
Por dividendos y participaciones año 2016	119	0
Por dividendos y participaciones recibidas del exterior	120	0
Total impuesto sobre las rentas líquidas gravables	121	8,399,000

Descuentos tributarios: Imp. pagados en el exterior	122	0	Donaciones	123	0
Dividendos, particip. y otros	124	0	Total descuentos trib.	125	0

Impuesto neto de renta	126	8,399,000
Impuesto de ganancias ocasionales	127	0
Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	128	0
Total impuesto a cargo	129	8,399,000
Anticipo renta liquidado año gravable anterior	130	278,000
Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	131	0
Retenciones año gravable a declarar	132	6,533,000
Anticipo renta para el año gravable siguiente	133	0

Saldo a pagar por impuesto	134	1,588,000	Sanciones	135	0	Total saldo a pagar	136	1,588,000	Total saldo a favor	137	0
Número de dependientes económicos	138	1	Adición por dependientes a la casilla 92	139	3,389,000	Ud. superó tope indicativo art. 336-1 del E.T., marque X	140	0	Aporte voluntario	141	0

981. Cód. Representación — Firma del declarante o de quien lo representa

982. Cód. Contador — Firma contador — 994. Con salvedades

983. No. Tarjeta profesional

997. Espacio exclusivo para uso de la entidad recaudadora

DIAN
2025-09-04 / 10:39:10 PM
2025-0 Fecha Acuse de Recibo 12:39:10
- Firmado -

980. Pago total $ 0

996. Espacio para el número interno de la DIAN/ Adhesivo
91900349798536

2025395241994 3

PRELIMINAR

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Edgar Pinto Carvajal, identificado(a) con CC número 91514334, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 91514334
NOMBRES Y APELLIDOS	Edgar Pinto Carvajal
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	27/09/1982
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	16/02/2010
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	515 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	49 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	12/03/2013
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 91514334 EDGAR PINTO CARVAJAL
Desde 24/04/2025 - Vigente N.I.T. 900226715 COOSALUD
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA Desde 01/04/2024 Hasta
25/03/2025

Generado por interfaces 05/01/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PINTO CARVAJAL EDGAR** identificado(a) con **CC** número **91.514.334** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de febrero de 2010 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 08 de enero de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 05 de enero de 2026 a las 19:56:27, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	91514334
Código de Verificación	91514334260105195627

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.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

32

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 287930092

PIB
15:45:23

Bogotá DC, 07 de enero del 2026

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) EDGAR PINTO CARVAJAL identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 91514334:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene 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. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del 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 Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 03:46:40 PM horas del 07/01/2026 el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **91514334**
Apellidos y Nombres: **PINTO CARVAJAL EDGAR**

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

Presidencia de la República | Ministerio de Defensa Nacional | Portal Único de Contratación | GOV.CO

Todos los derechos reservados.

34

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

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, 05/01/2026 08:28:59 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **91514334** y Nombre: **EDGAR PINTO CARVAJAL.**

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. **131790506** . 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

35

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

Iniciar Sesión | Registrarse

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.

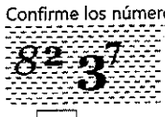
Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 91514334

Primer Nombre: edgar

Primer Apellido: pinto

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

4308

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-01-07→3:48:57 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	91514334	EDGAR		PINTO	CARVAJAL	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) EDGAR PINTO CARVAJAL identificado(a) con CC 91514334 registra La siguiente información:

2026-01-07→3:48:57 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Medicina	2010-03-29	3947	DTS DEPARTAMENTO DE SANTANDER

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).

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C9151433400294353
Codigo de verificacion

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **EDGAR PINTO CARVAJAL,** identificado(a) con C.C. No. 91514334 y T.P. o R.M. No. 3947/2010 del(a) Secretaria de Salud de Santander, no registra sanciones vigentes.

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

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el martes 06 enero 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA PRESIDENTE

HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.
E-Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

TIC

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 91514334 **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 05/01/2026 08:08 PM

Código Verificación: **J4DSXHT3W2**

Válida hasta: **06/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

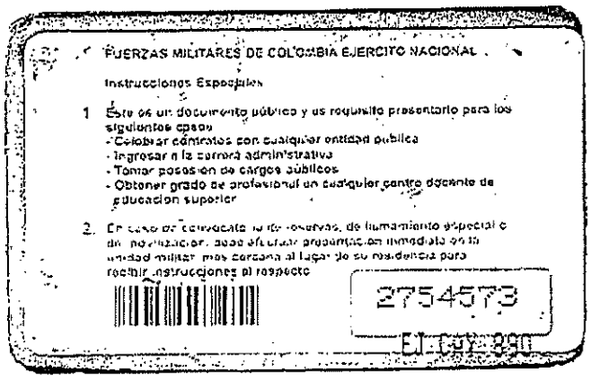
MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase
NUMERO 91514334
APELLIDOS Y NOMBRES
PINTO CARVAJAL
EDGAR
PERTENECE AL EJERCITO DEN

1ª LINEA 31 DIC	2ª LINEA 31 DIC	3ª LINEA 31 DIC
	2012	2022

PROFESION BACHILLER
FECHA DE EXP. 21-OCT-2009 CD. E. DE DISTRITO



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
   - Celebrar contratos con cualquier entidad pública
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Tomar posesión de cargos públicos
   - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar mas cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto

2754573

EJ CAV 890

39

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO

C E R T I F I C A

Que el señor EDGAR PINTO CARVAJAL identificado con Cédula de Ciudadanía No. 91514334, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	EDGAR
Segundo Nombre:	
Primer Apellido:	PINTO
Segundo Apellido:	CARVAJAL
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	91514334
Razón para el estado:	Reservista
Estado del ciudadano:	2da Clase

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 7 días del mes de Enero de 2026 a las 3:51:24 PM.

Cordialmente,

CR. JUAN MAURICIO DIAZ SÁNCHEZ
Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema de Información de Reclutamiento

AUTORIZACIÓN DE LAS CONSULTAS DE INHABILIDADES POR DELITOS CONTRA LA LIBERTAD, INTEGRIDAD Y FORMACIÓN SEXUALES COMETIDOS CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES Y CONSULTA DE LAVADOS DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO

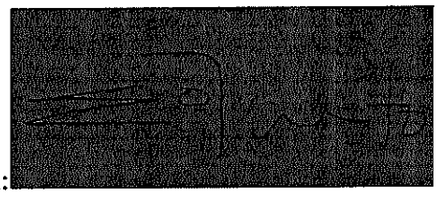
Yo, **EDGAR PINTO CARVAJAL**, identificado(a) con cédula de ciudadanía Nro. 91.514.334 expedida en Barrancabermeja, de manera libre y espontánea declaro que no he sido condenado por delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales cometidos contra niños, niñas y adolescentes, y en consecuencia, no me encuentro registrado en las bases de datos de agresores sexuales de que trata la Ley 1918 de 2018 y el Decreto 753 de 2019 ni inhabilitado para vincularme en una entidad estatal. Así también no presento registro alguno en listas restrictivas por Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

Por lo anterior, manifiesto expresamente que autorizo a la ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA, identificada con NIT Nro. 890.202.024-3 para que, a través de sus servidores públicos y/o contratistas del Grupo de la Oficina Jurídica - Contratación, adelanten los trámites de las consultas de: **i)** Certificado de inhabilidades por delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales cometidos contra niños, niñas y adolescentes, a través del aplicativo virtual que determine la autoridad competente, como soporte de la documentación previa para la vinculación legal y reglamentaria con el MVCT. **ii)** Consulta en las listas aplicables o utilizadas por la entidad para soportar la no vinculación en listas de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

Esta autorización se extiende por el término de la vinculación en servicio activo, lo cual implica que la ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA podrá realizar solicitudes de certificados de antecedentes de manera periódica y de acuerdo como lo determine la ley.

Dado en Floridablanca (Santander) en el mes de enero del año 2026

Atentamente,

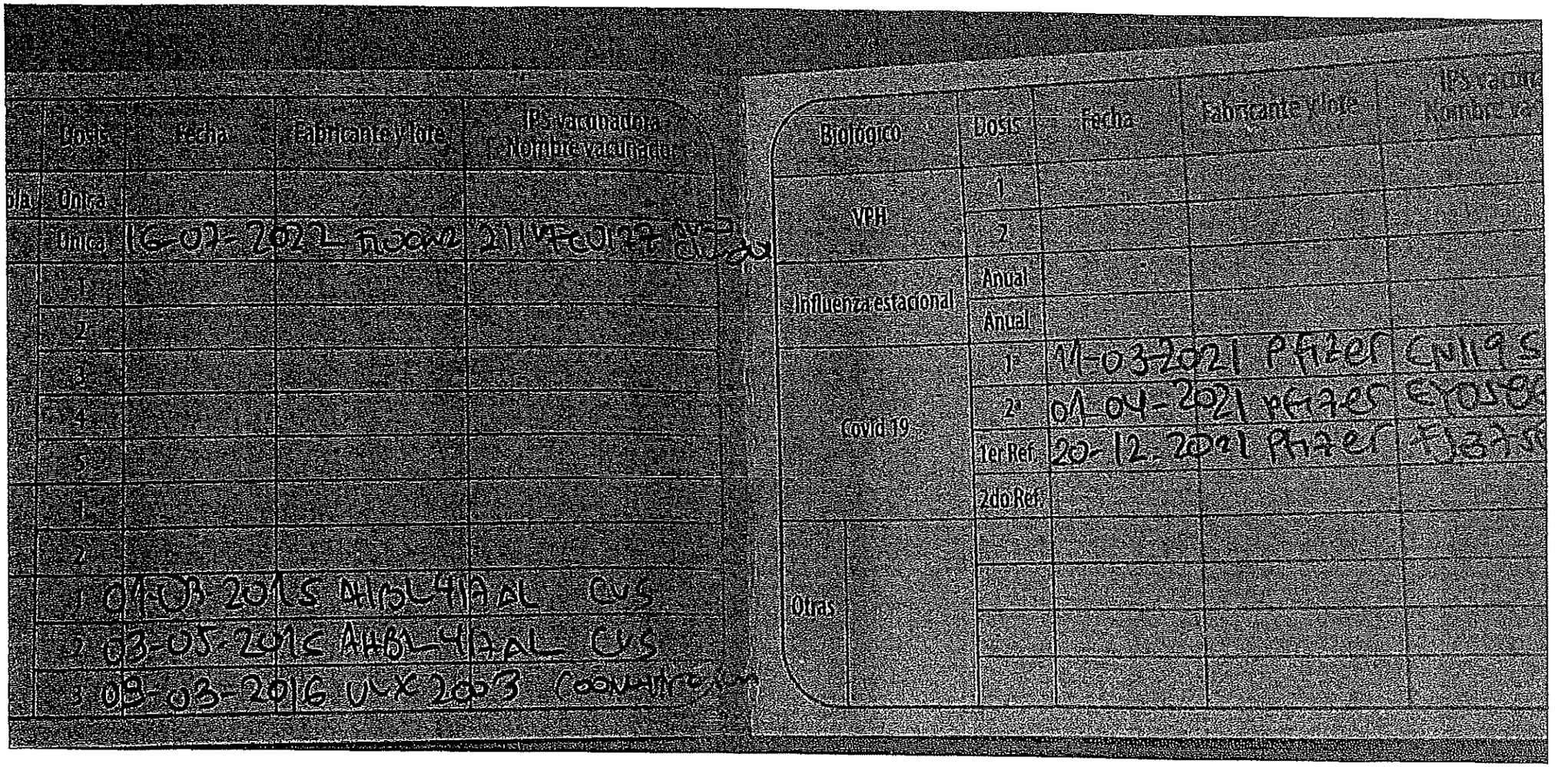
EDGAR PINTO CARVAJAL Firma: 

(Nombre completo)

Número de cédula: 91.514.334

Lugar de Expedición: Barrancabermeja, Sder.

Fecha de Expedición: 14/12/2000



	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	PS vacunador y Nombre vacunador
	Única			
	Única	16-07-2021	[illegible]	21 [illegible]
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	1			
	2			
1		01-03-2015	AHSL-419 AL	CVS
2		03-05-2016	AHSL-419 AL	CVS
3		09-03-2016	UX 2053	[illegible]

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	PS vacunador y Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid 19	1ª	11-03-2021	Pfizer	[illegible]
	2ª	01-04-2021	Pfizer	[illegible]
	1er Ref	20-12-2021	Pfizer	[illegible]
	2do Ref			
Otras				

	FORMATO DE VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE CONTRAPARTES PERSONAS NATURALES	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD	CÓDIGO: ES-GIC-GC001F65 VERSIÓN: 01 FECHA: 10/04/2020

DATOS DE SOLICITUD

FECHA DE SOLICITUD			TIPO DE SOLICITUD		TIPO DE USUARIO		
dd	mm	aaaa	VINCULACIÓN	ACTUALIZACIÓN	CLIENTE	CONTRATISTA	PROVEEDOR
	1	2026	X			X	

DATOS BASICOS DE PERSONA NATURAL

NOMBRE COMPLETO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
EDGAR	PINTO	CARVAJAL

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD

CÉDULA DE CIUDADANÍA	X	PASAPORTE		CEDULA DE EXTRANJERÍA		OTRO		¿CUÁL?	

NÚMERO DE IDENTIDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN			LUGAR DE EXPEDICIÓN
91,514,334	14	12	2000	BUCARAMANGA - SANTANDER

FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO			
dd	mm	aaaa	PAÍS	COLOMBIA	DEPARTAMENTO	SANTANDER
27	9	1982			BARRANCABERMEJA	

GÉNERO				OCUPACIÓN					
F		M	X	EMPLEADO		PENSIONADO		EMPLEADO CON NEGOCIO	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA				INDEPENDIENTE	X	RENTISTA		OTRO	
CARRERA 24 N° 35 - 30 CAÑAVERAL				¿CUÁL?					

BARRIO	TELÉFONO RESIDENCIA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CORREO ELECTRÓNICO
	6823058	FLORIDABLANCA	SANTANDER	e_pinto70@hotmail.com

NÚMERO DE CELULAR	TIPO DE VIVIENDA						VALOR ARRIENDO
3183930169	PROPIA	x	FAMILIAR		ARRENDADA		
	PERSONAS A CARGO		1		GASTOS FAMILIARES		5.000,00

INFORMACIÓN LABORAL

NOMBRE DE LA EMPRESA / NEGOCIO	DETALLE ACTIVIDAD (Sólo para independientes)
E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIODABLANCA	CONTRATISTA

CARGO	GESTOR CLINICO	FECHA DE INGRESO			TIPO DE VINCULACIÓN		
CIUDAD	FLORIDABLANCA	dd	mm	aaaa	FIJO	INDEFINIDO	OTRO ¿Cuál?
DIRECCIÓN	CARRERA 5 -6 -32 CASCO ANTIGUO FLORIDABLANC						
TELÉFONO							

SI USTED ES UN PEP (PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE) CONTESTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

POR SU ACTIVIDAD O CARGO USTED:	SI	NO	SI RESPONDIÓ AFIRMATIVO A ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES; POR FAVOR ESPECIFICAR
Maneja recursos públicos		X	
Ejerce algún grado de poder público		X	
Goza de reconocimiento público		X	

INFORMACIÓN FINANCIERA

POR FAVOR RELACIONE LOS PRODUCTOS FINANCIEROS QUE TIENE EN COLOMBIA

PRODUCTO FINANCIERO	NÚMERO	ENTIDAD	SUCURSAL	ANTIGÜEDAD
CUENTA DE AHORRO	600115737	BANCO BOGOTA	CABECERA	5 AÑOS
CUENTA DE AHORRO	29165237551	BANCOLOMBIA	CABECERA	5 AÑOS

OPERACIONES INTERNACIONALES								
REALIZA USTED OPERACIONES CON MONEDA EXTRANJERA				INDIQUE CUALES:				OTRAS
SI		NO	X	IMPORTACIONES		EXPORTACIONES		

PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR							
INVERSIONES		TRANSFERENCIAS		OTRAS	¿CUÁLES OTRAS?		
TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA	

SUMINISTRO Y ACTUALIZACION DE INFORMACION

EL CLIENTE ____PROVEEDOR___ CONTRATISTA _X_ se obliga con la **ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA** a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta a la **ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA** para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación contractual o comercial que tenga.

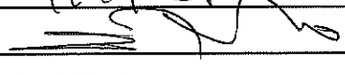
DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES

Obrando en propio nombre y/o de la persona jurídica que represento, de manera voluntario y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente: Declaración de origen de fondos a la **ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA**, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto en las normas internas y externas que regulan lo concerniente al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, para establecer cualquier tipo de vínculo o relación comercial con la **ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA**:
Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es licita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detallo ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen: HONORARIOS POR PRESTACION DE SERVICIOS DE INDEPENDIENTE

En caso de diligenciamiento electrónico:
Declaro haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo estipulado en este documento (con firma y huella), la información suministrada es exacta y correcta.

NOMBRE COMPLETO	EDGAR PUYO CARVAJAL	HUELLA 
DOCUMENTO IDENTIDAD	91474334	
FIRMA		

DOCUMENTACIÓN ANEXA PARA PERSONAS NATURAL: *Se anexarán los documentos que se estipulen en el proceso correspondiente, de acuerdo al tipo de relación o vínculo con la institución.*

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA INSTITUCION

Resultado de verificación de datos:

NOMBRE COMPLETO DE QUIEN VERIFICÓ:		FECHA :	HORA:
IDENTIFICACIÓN			

NEUROTRAUMA CENTER & CUIDAMED S.A.S
Con amor se logra la recuperación



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 27,040

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	03 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
PINTO CARVAJAL EDGAR	MASCULINO	42 AÑOS	Tipo: CC	Número: 91514334

Cargo: GESTOR CLINICO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	N/A

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma:
Nombre: BLANCO GRANADOS CESAR HERNAN	Nombre: PINTO CARVAJAL EDGAR
R. M.: 1647 L.S.O.: 05800	CC: 91514334

45

46

45

RESOLUCION

RESOLUCION NÚMERO 00 4443 DE 2018

POR LA CUAL SE RENUEVA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

CONSIDERANDO:

Que **CESAR HERNAN BLANCO GRANADOS** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 91222836 ha solicitado Renovación de licencia para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander

Que al peticionario le fue otorgada la Licencia de Prestación de Servicios de Salud Ocupacional, mediante Resolución No. 5600 de 12 de junio de 2008 de la Secretaria de Salud de SANTANDER y concedida por un término de diez (10) años contados a partir de la expedición de la Resolución, la cual ha cumplido su vigencia.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 20 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la Renovación de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental,

RESUELVE:

ARTÍCULO 1: Renuévese LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **CESAR HERNAN BLANCO GRANADOS.** - MEDICO Y CIRUJANO -, ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 91222836 en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

ARTÍCULO 2: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaria de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTÍCULO 4: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bucaramanga a los 12 ABR 2018

LUIS ALEJANDRO RIVERO OSORIO
Secretario de Salud Departamental

46

47

46