DISMEDTEC	DISMEDTEC SAS - FORMATOS	Código FR-CM-95
	LISTA DE CHEQUEO REQUISITOS PROCESO DE SELECCIÓN	Versión UNO

FECHA:	01 DE SEPTIEMBRE 2022		
NOMBRE DEL ASPIRANTE:	GONZALO RIVERA MEJIA	CÉDULA:	16.705.473
CARGO POSTULADO:	QUIMICO FARMACEUTICO DE PRODUCCIÓN		

ÍTEM	SOPORTES PARA PROCESO DE SELECCIÓN	APLICA	N/A
1	Hoja de vida del candidato	✓	
2	Foto tipo documento fondo blanco o azul	✓	
3	Fotocopia carnet de vacunas que se requieran según el cargo	✓	
4	Fotocopia de cédula de ciudadania o cédula de extranjería	✓	
5	Pruebas técnicas	—	
6	Entrevista técnica	—	
7	Verificación de referencias laborales - Carta de recomendación laboral	✓	
8	Formato selección e inducción del personal	✓	
9	Apertura de cuenta del banco de Bogotá	✓	
10	Acreditación situación militar	✓	
11	Copia licencia de conducción en la categoria correspondiente según el cargo		✓
12	Consulta de infracciones y comparendos en el sistema integrado de información sobre multas y sanciones por infracciones de tránsito SIMIT		✓
13	Consulta Registro único Nacional de Tránsito RUNT		✓
14	Certificados judiciales vigentes (Contraloria, Procuraduria y Policia Nacional)		✓
15	Fotocopia de tarjeta profesional, resolución y/o verificación RETHUS	✓	
16	Certificado de antecedentes diciplinarios y de ética en el colegio correspondiente	✓	
17	Diploma y/o acta de grado de bachiller		
18	Diploma y/o acta de grado de pregrado (profesional, técnico o tecnológico)	✓	
19	Diploma y/o acta de grado de postgrado (si se requiere)	✓	
20	Soporte de diplomados, seminarios, talleres y otros estudios	✓	
21	Formato antecedentes clínicos y pre-ocupacional	—	
22	Acta de recibido de dotación	✓	
23	Formato entrevista y valoración psicológia	—	

ÍTEM	SOPORTES PARA VINCULACIÓN Y AFILIACIÓN A SEGURIDAD SOCIAL	APLICA	N/A
24	Resultado examen ocupacional de ingreso		
25	Constancia afiliación de fondo de pensiones, EPS, caja de compensación familiar y ARL	✓	
26	Padres mayores de 60 años: copia CC y registro civil de nacimiento		—
27	Hijos: registro civil, tarjeta de identidad, certificado de estudio o medico según sea el caso		—
28	Contrato original firmado	✓	
29	Registro de inducción		

POLÍTICA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a **DISMEDTEC S.A.S.** a dar tratamiento de mis datos personales (y/o el tratamiento de los datos personales del menor, mayor de edad o persona en condición de discapacidad mental que represento) aqui consignados, para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de Información que se encuentra publicada en las instalaciones de la empresa calle 63 # 28-35, declaro conocer y estar informado de las finalidades de dicho tratamiento. Tambien declaro conocer que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme a los canales de atención consignados en dicha política. Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibiilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

Firma Aspirante Seleccionado	Firma Auxiliar Administrativo	Firma Gerente General

HOJA DE VIDA



DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS	GONZALO RIVERA MEJIA
IDENTIFICACION	C. C. No. 16.705.473 de Cali
FECHA DE NACIMIENTO	14 DE ABRIL DE 1964
LUGAR DE NACIMIENTO	CHIMICHAGUA CESAR
ESTADO CIVIL	CASADO
DOMICILIO	Carrera 18AW No. 61 - 68 Urbanización Prados de Mutis
TELEFONO:	(097) 6900747
CIUDAD:	Bucaramanga
CELULAR:	312 6828436
CORREO ELECTRONICO	gonzalo.rivera1464@gmail.com

ESTUDIOS REALIZADOS

SECUNDARIOS	COLEGIO CARLOS HOLGUIN LLOREDA DE CALI-VALLE 1985
TITULO OBTENIDO	BACHILLER EN CIENCIAS NATURALES
UNIVERSITARIOS	UNIVERSIDADA DEL ATLANTICO DE BARRANQUILLA 1993

TITULO OBTENIDO — QUIMICO FARMACEUTICO

T. P. No. — 02001821712931290 DEL COLEGIO NAL. DE QUIMICOS FARMACEUTICOS

CURSOS Y SEMINARIOS

- CONCEPTOS GENERALES DE MICROEMPRESAS – SENA
  80 HORAS. VALLEDUPAR 12 DE JULIO DE 1996

- DIPLOMADO: DESARROLLO DEL ESPIRITU EMPRENDEDOR Y CREACIÓN DE EMPRESAS – FUNDACIÓN COOMEVA 130 HORAS. VALLEDUPAR NOVIEMBRE 29 DE 2002

- OPERADOR BASICO DE SISTEMAS – SENA
  85 HORAS. VALLEDUPAR 29 DE ABRIL DE 2003

- ACTUALIZACION EN MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL 8 HORAS. VALLEDUPAR 18 DE SEPTIEMBRE DE 2003.

- OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DE PLANTAS DE TRATAMIENTO DE AGUA. 40 HORAS. VALLEDUPAR 6 DE NOVIEMBRE DE 1996

- GESTION EMPRESARIAL Y MUNICIPAL EN SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS. 16 HORAS. BOGOTA 20 DE JUNIO DE 1997

- ASPECTOS ADMINISTRATIVOS, PRESUPUESTALES Y CONTRACTUALES DE LOS ENTES REGIONALES Y LOCALES FRENTE AL SISTEMA NACIONAL DE COFINANCIACION. 16 HORAS. CURUMANI 5 DE AGOSTO DE 1998.

- TALLER DE FARMACOVIGILANCIA. 8 HORAS. VALLEDUPAR 11 DE JUNIO DE 2004.

- CURSO DE RELACIONES INTERPERSONALES. 30 HORAS. VALLEDUPAR 18 DE MAYO DE 2004.

- SEMINARIO DE ACTUALIZACION EN GESTION PÚBLICA Y RESPONSABILIDAD DE LOS ADMINISTRADORES DE LAS ENTIDADES

TERRITORIALES. 21 HORAS. VALLEDUPAR 10, 11 y 12 DE MARZO DE 2004.

- NUEVA POLÍTICA DE PRECIOS EN COLOMBIA Y CODIGO UNICO DE MEDICAMENTOS. 8 HORAS. VALLEDUPAR 3 DE mayo de 2007.
- SEMINARIO TALLER REGIONAL "BUENAS PRÁCTICAS DE ELABORACIÓN DE PREPARACIONES DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS" 30 HORAS. BARRANQUILLA 19, 20, 26 y 27 DE JUNIO DE 2009.
- PRIMER SIMPOSIO DE BIOTICA E INVESTIGACIÓN. 10 HORAS. IBAGUÉ 23 DE ABRIL DE 2010.
- DIPLOMADO EN "GESTION PÚBLICA". 120 HORAS. ESCUELA SUPERIOR DE AMNISTRACIÓN PÚBLICA "ESAP". IBAGUÉ 16 DE JULIO DE 2010.
- DIPLOMADO EN FARMACOVIGILANCIA– UNIVERSIDAD DEL ROSARIO. 144 HORAS ACADEMICAS. BOGOTA 23 DE AGOSTO DE 2010 AL 13 DE DICIEMBRE DE 2010.
- BUENAS PRACTICAS CLINICAS (BPC) Y REGULACION LOCAL. 8 HORAS 30 DE DICIEMBRE DE 2021.
- GOOD CLINICAL PRACTICE (BPC) INTERNACIONAL 01 ENERO DE 2022.

EXPERIENCIA LABORAL

EMPRESA:	MEDICITY S.A.S. Carrera 34 No. 46 - 50
CARGO:	Químico Farmacéutico – director técnico
FUNCIONES:	Coordinar todas las funciones del Servicio Farmacéutico, recepción técnica de medicamentos de investigación clínica y Kits de laboratorios de los diferentes Estudios de Investigación Clínica. Custodiar, almacenar, realizar control de inventario, dispensar los medicamentos y kits de Laboratorio. Realizar el monitoreo, registro y control de temperatura; entre otras funciones.
PERIODO:	diciembre 22 de 2021 – julio 31 de 2022
JEFE:	Julián Vargas, Gerente Administrativo
TELEFONO:	313 244 42 19 - (607) 695 9999

EMPRESA:	UNIDOSIS S.A.S. SANTANDER
CARGO:	Químico de Producción e Interpretación
FUNCIONES:	Montaje Sistemático de Ordenes de Preparación de Medicamentos Intravenosos Estériles. Preparación y/o Adecuación de Antibióticos, Oncológicos y NPT en Central de Mezcla.
PERIODO:	Diciembre 04 de 2012 – Diciembre 03 de 2021
JEFE:	Sandra Rocio Pinilla Jaime, Gerente
TELEFONO:	313 460 45 99
EMPRESA:	UNIDAD DE ONCOLOGIA Y HEMATOLOGIA DE SANTANDER S.A.S.
CARGO:	Químico de Producción
FUNCIONES:	Montaje Sistemático de Ordenes de Preparación de Medicamentos Oncológicos, Preparación y/o Adecuación de Oncológicos en Central de Mezcla. Diligenciar formato de consumo de medicamentos y Dispositivos médicos en las adecuaciones.
PERIODO:	Octubre 15 de 2014 – Diciembre 31 de 2021
JEFE:	ERIKA PATRICIA YEPEZ BRU, Gerente
TELEFONO:	305 4613101
EMPRESA:	NUEVA CLINICA SAN SEBASTIAN DE GIRARDOT.
CARGO:	Químico Farmacéutico
FUNCIONES:	Director Técnico del Servicio Farmacéutico Hospitalario Preparación y/o Adecuación de Antibióticos y NPT en Central de Mezcla.
PERIODO:	Mayo 03 de 2011 – Noviembre 09 de 2012
JEFE:	IVAN TORRES, Subgerente

TELEFONO:	320 494 35 60
EMPRESA:	HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ TOLIMA E.S.E. (HOSPITAL UNIVERSITARIO 3º y 4º Nivel).
CARGO:	Profesional Universitario – Químico Farmacéutico
FUNCIONES:	Director Técnico del Servicios Farmacéuticos en general
PERIODO:	OCTUBRE 13 DE 2009 – Hasta 20 de diciembre de 2010
JEFE:	CLAUDIA PATRICIA RAYO BOCANEGRA, Subgerente
TELEFONO:	316 877 07 71
EMPRESA:	SOCIEDAD DE ONCOLOGIA Y HEMATOLOGIA DEL CESAR - VALLEDUPAR
CARGO:	QUIMICO FARMACÉUTICO CENTRAL DE MEZCLAS
FUNCIONES:	Servicios Farmacéuticos en general y preparación de medicamentos oncológicos (central de mezclas).
PERIODO:	febrero 10 de 2009 – Hasta Octubre 10 de 2009
JEFE:	RAYMUNDO MANNEH AMASTHA, GERENTE
TELEFONO:	(095) 560 23 10 – 5804141 - 5804040
EMPRESA:	EPS SEGURO SOCIAL SECCIONAL CESAR
CARGO:	QUIMICO FARMACÉUTICO EPS – ISS SECCIONAL CESAR - VALLEDUPAR
FUNCIONES:	Gestión del servicio farmacéutico, dispensación de medicamentos NO POS y de alto costo, realización de informes de medicamentos de control, miembro del CTC (Aprobación de medicamentos NO POS), Compra de medicamentos, tramite de cuentas. Recepción Técnica de Medicamentos.
PERIODO:	JUNIO 26 DE 2001 – JULIO 31 DE 2008
JEFE:	ALVARO FUENTES MEJIA, GERENTE SECCIONAL

TELEFONO:	(091) 571 19 26
EMPRESA:	UNIVERSIDAD ABIERTA Y DISTANCIA "UNAD".
CARGO:	TUTOR HORAS CATEDRA CERES CURUMANI CESAR
FUNCIONES:	Dirigir y asesorar a los estudiantes de Regencia de Farmacia e las siguientes Cursos: Introducción a la Regencia de Farmacia, Farmacología, Atención Farmacéutica, Farmacia Magistral, Farmacia Hospitalaria, Administración de Farmacia, Legislación Farmacéutica, Farmacia General, Química General, Química Orgánica y Bioquímica.
PERIODO:	AGOSTO DE 2007 – 30 DE MARZO DE 2009
JEFE:	VANESA TABARES CHACON, COORDINADORA
TELEFONO:	(095) 582 46 34 CELULAR: 310 685 66 51
EMPRESA:	ACUACUR E. S. P.
CARGO:	QUIMICO JEFE DE PLANTA
FUNCIONES:	Control de calidad del agua mediante la realización de análisis Fisicoquímicos, Supervisión de la operación y mantenimiento de la planta de tratamiento de agua.
PERIODO:	ENERO 07 DE 1998 A ENERO 24 DE 2001
TELEFONO:	(095) 575 00 96
EMPRESA:	ACUACUR E. S. P.
CARGO:	GERENTE ENCARGADO
FUNCIONES:	Dirección administrativa de la Empresa de Servicios Públicos.
PERIODO:	26 DE MAYO 1997 A ENERO 06 DE 1998
TELEFONO:	(095) 575 00 96
EMPRESA:	ACUACUR E. S. P.
CARGO:	QUIMICO JEFE DE PLANTA

FUNCIONES: Control de calidad del agua mediante la realización de análisis Fisicoquímicos, Supervisión de la operación y mantenimiento de la planta de tratamiento de agua.

PERIODO: ABRIL 01 DE 1993 A MAYO 25 DE 1997

TELEFONO: (095) 575 00 96

REFERENCIAS PERSONALES

- ADRIANA SERRANO URIBE
  Química Farmacéutica
  CEL. 320 2126223
  BUCARAMANGA

- GLORIA ALEIDA GOMEZ WALTEROS
  Enfermera Superior Especializada – Docente Universitaria
  CEL. 320 4958134
  NEIVA

- ELSA NIDIA QUIROGA NARANJO
  FARMACEUTA
  CELULAR: 322 6827434 - 314 7336828
  CALI

GONZALO RIVERA MEJIA
C. C. No. 16.705.473 de Cali

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Gonzalo.

Apellidos: Rivera mejia.

Documento de identidad: C.C X T.I. Pasaporte No. 16705473

Fecha de Nacimiento: Día 14 Mes 04 Año 1964

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Gonzalo

Apellidos: Rivera

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 16705473

Fecha de nacimiento: Día Mes Año

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		29 OCT 2016	SANOFI PASTEUR	S. Rey
Contra Influenza		29 OCT 2016	CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS DPTO. DE VACUNACION	S. Rey
Virus de Papiloma Humano				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	03-08-2025	2016 Lorena	

CENTRO DE ATENCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS CDI S.A.

CDI

Constancia de Vacunación

Nombre: Gonzalo Rivera Mejía

No. Identificación: 1670543

Fecha de Nacimiento:

Cra. 37 No. 51-126 - PBX: 6431666 - Fax: (7) 6437145 - Bucaramanga - Col.

ESTE CARNÉ ES VÁLIDO EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

CONSÉRVELO

EN CASO DE REQUERIR EL CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACIÓN, SOLICITE SU TRASCRIPCIÓN EN LOS SITIOS AUTORIZADOS.

BIOLÓGICO	DOSIS	FECHA	LOTE	VACUNADOR
VARICELA	1			
	Ref.			
HEPATITIS A	1			
	Ref.			
TOXOIDE TETÁNICO DIFTERIA TT. TD.	1			
	2			
	3			
VPH	1			
	2			
	3			
HEPATITIS B	1	03.08.16	1134014	DAIRA
	2	03/04/16	1134029	DANIELA GELES
	3	31/02/17	1134026	Andrea Alvarez
OTRAS				
NEUMOCOCO				
INFLUENZA				
DPT ACELULAR				

CARNET DE VACUNACIÓN

www.cruzrojasantander.org

Cruz Roja Colombiana
Seccional Santander

Nombre Gonzalo Rivera Mejia

Identificación 16.705.473 Teléfono

Fecha de nacimiento Día 14 Mes 09 Año 1964

IPS

Vacunación
Consulta médica
Laboratorio clínico
Medicina laboral
Electrocardiogramas
Citologías
Traslado en ambulancia

Cuando usted contrata nuestros servicios, apoya la labor humanitaria de la Institución

Calle 45 No. 9B-10 Bucaramanga
Teléfono: 7 6 33 0000

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Firma
Toxoide tetánico	1.	20-12-2021	UFX20003	
	2.	20101202	22080112	
		1 mes		
Varicela				
Hepatitis B				
Meningococo				

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Firma
Hepatitis A				
Triple viral				
Neumococo				
Tosferina DPT				
Fiebre amarilla				
Influenza				
Antirrabica				

Search

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam...

SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES
Sistema Integral de Información de la Protección Social

La salud es de todos

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 Identificacion *: Cedula de Ciudadania

Numero de Identificación *: 16705473

Primer Nombre *: GONZALO

Primer Apellido *: RIVERA

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

8730

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2022-08-09 -5:46:32 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	16705473	GONZALO		RIVERA	MEJIA	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 Unico Nacional de Talento Humano en Salud se consta MEJIA identificado(a) con CC 16705473 registra la siguiente información:

2022-08-09 -5:46:32 PM

Información Academica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Química farmacéutica	1999-08-03	1121	Secretaria de Salud Departamental de Atlantico

La información dispuesta se encuentr conformidad con lo señalado por el M talento humano en salud puede contr del area 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 ter Ministerio o por una Secretaria de Salud, y según la profesion, tarjeta profesional, matricula profesional, etc.). Registro Unico Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	12/3/21	Pfizer.	EN1495	VACUNACIÓN A GIL		1045820419.
	2	02/04/21	PFIZER	EP1742	Clínica San Luis Nit. 890.208.758-8	M. VECINO	1095957153
		26-11-21	AstraZeneca	RW4005	Clínica San Luis Nit. 890.208.758-8 VACUNACION	E Conchelos	1095953020

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	07-07-21	Moderna 2da refuerzo	060M21A	Gestionar Bienestar	Tatiana Arias Rivero Auxiliar de enfermería 37841507 Resolución 09173 2020	
	2						

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Gonzalo.

Apellidos: Rivera Mejia

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

No. 16705473.

Fecha de nacimiento: Día 14 Mes 04 Año 1964.

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: GONZALO

Apellidos: RIVERA MEJIA

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

No. 16.705.473

Fecha de nacimiento: Día 14 Mes 04 Año 1964

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 16.705.473

RIVERA MEJIA

APELLIDOS

GONZALO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-ABR-1964

CHIMICHAGUA
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

28-FEB-1983 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-2700150-01276555-M-0016705473-20220118 0077861120A 2 8503761407

UNIDOSSIS
SANTANDER S.A.S.
Salud a su medida

Bucaramanga, 9 de agosto de 2022

La Suscrita Gerente General de UNIDOSSIS SANTANDER S.A.S. Certifica:

Que el(a) Señor(a), **GONZALO RIVERA MEJIA,** identificado(a) con **C.C. No. 16.705.473 de Cali,** estuvo vinculado(a) laboralmente a **UNIDOSSIS SANTANDER S.A.S.,** a través del(os) siguiente(s) contrato(s) a **término fijo**:

N.	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Cargo	Salario Básico
1.	04/12/2012	03/12/2021	Químico Farmacéutico	$3.215.000,00

Atentamente,

SANDRA ROCIO PINILLA JAIMES
Gerente General

AGM Saludc.t.a

Nit: 900267502-7

AGM 024-12

LA SUSCRITA DIRECTORA ADMINISTRATIVA DE LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO "AGM SALUD C. T. A"

CERTIFICA QUE:

Una vez verificados los registros correspondientes al señor(a) ***GONZALO RIVERA MEJIA****, identificado con cedula de ciudadanía No.* ***16.705.473*** *me permito certificar que el (a) mencionado (a) señor (a) fue Asociado en AGM SALUD C.T.A. desde el* ***03 DE MAYO DE 2011*** *hasta el* ***10 DE NOVIEMBRE DE 2012*** *donde realizo Contribución de Trabajo como* ***QUIMICO FARMACEUTICO*** *en la sede* ***NUEVA CLINICA SAN SEBASTIAN*** *de la empresa cliente MEDICOS ASOCIADOS.*

El señor(a) ***GONZALO RIVERA MEJIA,*** *recibió una compensación mensual de* ***$ 2.200.000 (DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE).*** *Su convenio de asociación y trabajo autogestionario, estuvieron regulados por la ley 79 de 1998, el decreto 4588 de 2006, ley 1233 de 2008, los regímenes de Trabajo Asociado y compensaciones aprobados por el Ministerio de Protección Social.*

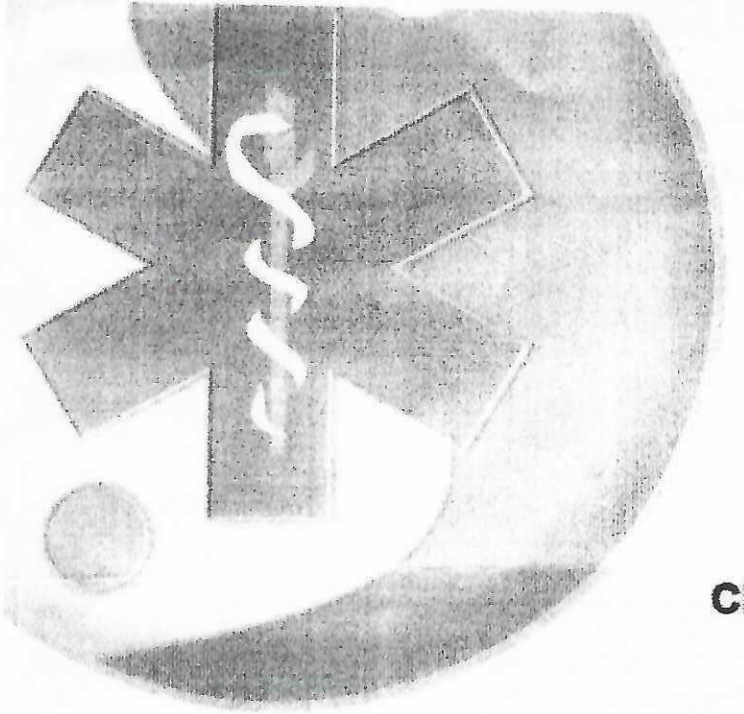
La vinculación del asociado fue por tiempo indefinido sin perjuicio de las causales de terminación previstas en la ley, estatutos y regímenes de la cooperativa.

Cualquier información adicional con gusto será atendida.

La presente constancia se expide a petición del asociado a los catorce (14) dias del mes de Noviembre de 2012.

Cordialmente,

ALEIDA LUCIA SANCHEZ
Directora de Oficina Girardot
Lmc.



PROMEDIS
Cooperativa de Trabajo Asociado Promedis C.T.A.
NIT. 809.010.546-7

CERTIFICA

Que, el señor GONZALO RIVERA MEJIA, identificado con cedula de ciudadanía N. 16.705.473 Cali, se encuentra inscrita en el Libro de registro Social de está Cooperativa, desde el 1 de Marzo de 2011 a la fecha.
El asociado se encuentra desempeñando sus funciones como QUIMICO FARMACEUTICO en el HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E,

La presente se expide a los dieciocho (18) días del mes de abril de 2011, con destino al interesado.

Atentamente

PROMEDIS C.T.A.
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
NIT. 809.010.546-7
KARINA LOPEZ FLOREZ
Jefe de Recursos Humanos

REPUBLICA DE COLOMBIA
EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE CURUMANÍ
"ACUACUR E.S.P."
RUT: 800239720 – 4 NUIR: 1 – 20228000 - 8

EL JEFE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DE LA EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE ACUEDUCTO, ALCANTARILLADO Y ASEO DE CURUMANÍ "ACUACUR E.S.P."

HACE CONSTAR:

Que, **GONZALO RIVERA MEJIA** identificado con cedula de ciudadanía No. **16.705.473** Expedida en Cali – valle, laboro en la empresa desde el 1 de abril de 1993 al 25 de mayo de 1997 como **QUIMICO Y JEFE DE PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA POTABLE.** Del 26 de mayo de 1997 al 06 de enero de 1998 como **GERENTE (E)** y del 07 de enero de 1998 al 24 de 2001 como **QUIMICOS JEFE DE PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA.**

Dado en Curumaní Cesar a los (04) días del mes de febrero de 2009

Empresa de Servicios Públicos de Curumaní
NIT: 800.239.720-4

SERGIO LUIS CAMACHO RIOS
JEFE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

SEGURO SOCIAL
Para Siempre

EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
SECCIONAL CESAR

HACE CONSTAR

Que el señor ***GONZALO RIVERA MEJIA****, identificado con Cédula de Ciudadanía Número 16.705.473 expedida en Cali (Valle) suscribió Contratos de Prestación de Servicio con esta Institución desarrollando actividades como* ***QUIMICO FARMACEUTICO*** *Seccional Cesar, de conformidad con la Ley 80 de 1993, Así:*

Numero	Fecha de Iniciación	Término	Valor Contrato ($)	Honorarios Mensuales ($)
124	26 06 2001	(4) Meses	5.816.000	1.454.000
156	26 10 2001	(6) Días	290.800	1.454.000
215	02 11 2001	(29) Días	1.405.533	1.454.000
215 Adición	02 11 2001	(15) Días	727.000	1.454.000
0298	17 12 2001	(2) Meses (15) Días	3.635.000	1.454.000
0298 Adición	01 01 2002	Reajuste honorarios	174.480	1.541.240
0068	01 03 2002	(9) Meses	13.871.160	1.541.240
0068 Adición	01 12 2002	((4) Meses (14)Días	6.935.580	1.541.240
VA 010899	16 04 2003	(15) Días (2) Meses	3.853.100	1.541.240
VA 021665	01 07 2003	(5) Meses	7.706.200	1.541.240
VA 024680	03 12 2003	(29) Días (5) Meses	9.196.065	1.541.240
VA 024680 Adición	01 06 2004	(2) Meses (15) Días	3.853.100	1.541.240
VA 029180	19 08 2004	(13) Días (3) Meses	5.291.591	1.541.240
VA 033687	01 04 2005	(4) Meses	6.504.032	1.626.008
P 036985	01 08 2005	(4) Meses	6.504.032	1.626.008
P 040603	01 12 2005	(4) Meses	6.504.032	1.626.008
P 042798	25 01 2006	(5) Meses (7) Días	8.509.442	1.626.008
P 042798 Adición	01 07 2006	(2) Meses	3.252.016	1.626.008
P 046549	01 09 2006	(3) Meses	4.878.024	1.626.008
P 049765	01 12 2006	(2) Meses	3.252.016	1.626.008
P 052247	01 02 2007	(5) Meses	8.130.040	1.626.008
P 056709	03 07 2007	(29) Días (2) Meses	4.823.824	1.626.008
P 057795	01 10 2007	(17) Días (2) Meses	4.173.421	1.626.008
P 059361	18 12 2007	(14) Días (3) Meses	5.636.828	1.626.008
5000000971	01 04 2008	(4) Meses	6.504.032	1.626.008

Dada en Valledupar, a petición del interesado a los cuatro (04) días del mes de enero de 2009

KARINA MARGARITA GONZALEZ NAVARRO

Maribeth

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

EL COLEGIO "CARLOS HOLGUIN LLOREDA

autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 10197 de Julio 27 de 19 84

y adscrito al Centro de Servicios Docentes, C.A.S.D. Francisco de Paula Santander, de C

por Resolución No. 237 de Febrero 6 de 1985

CONFIERE A

Gonzálo Rivera Mejia

identificado con C.C. No. 16.705.473 de Cali (V)

EL TITULO DE

Bachiller Ciencias Naturales

por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al niv
Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigen

RECTOR

SECRETARIO

Dado en [illegible] a [illegible] de [illegible] de 19

Anotado al folio Libro de Registro No.

SECRETARIO DE EDUCACION

UNIVERSIDAD DEL A .ANTICO
CARRERA 43 No. 50-53
APARTADO NACIONAL 140
APARTADO AEREO 1890
BARRANQUILLA — COLOMBIA

ACTA DE GRADUACION Nº182 **Referencia Núm.:**

(DICIEMBRE 17 DE 1.993)

En Barranquilla, a los 17 días del mes de Diciembre de 1993, siendo las 7:00 P.M se reunieron en el Auditorio del Hotel "Dos Mundos", los siguientes dignatarios de la Universidad del Atlántico:

Dr. EDUARDO MARTINEZ MAURY - Decano Fac. Química y Farmacia
Dr. ORISON HERNANDEZ GAMEZ - Secretario Académico
Dra. CARMEN AHUMADA DE YANCE - Profesora
Dr. OSCAR DE CASTRO ARZUZA - Profesor

El próposito de dicha reunión fué el de presidir el Acto de Graduación de los señores Egresados de la Facultad de Química y Farmacia de la Universidad del Atlántico, quienes optaron el título de QUIMICO FARMACEUTICO, cuyos estudios cursaron en forma en forma regular y satisfactorio.

P R O G R A M A :

1. Himno Nacional de Colombia
2. Palabras del Decano Dr. EDUARDO MARTINEZ MAURY
3. Palabras de la Dra CARMEN AHUMADA DE YANCE - Profesora
4. Palabras de la graduando MARIBEL TAFUR CEBALLOS
5. Proclamación de Profesionales a cargo del Dr. ORISON HERNANDEZ G.
6. Toma de Juramento a cargo del Dr. OSCAR DE CASTRO ARZUZA Profesor
7. Entrega de Diplomas
8. Himno de Barranquilla
9. Clausura

QUIMICO FARMACEUTICO:

ADOLFO EMILIO FANDIÑO RUIZ, cédula de ciudadanía Nº8.746.106, expedida en Barranquilla (Atlántico). Título Nº1020. Bachiller del colegio Salesiano de San Roque. Anotado al Folio Nº264 . Libro de Registro Nº56. Título de la Tesis: COMPLEJO DE

Bogotá, 15 de abril de 2008

LA JEFE DEL SISTEMA NACIONAL DE TALENTO HUMANO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
– UNAD –
Nit. 860.512.780-4

CERTIFICA:

Que el señor **GONZALO RIVERA MEJIA,** identificado con cédula de ciudadanía número 16.705.473, presta sus servicios a esta Institución así:

Mediante Resolución número 057, tutor , como Profesional Universitario de la Escuela de Ciencias Básicas, Tecnología e Ingeniería, para el periodo académico del 01 de marzo al 30 de junio de 2008, con una intensidad de 220 horas cátedra, en el Ceres de Curumani y una asignación básica mensual de $716.718M/cte.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado.

Constanza Abadía C.
CONSTANZA ABADIA GARCIA

Sandra

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
JEFATURA DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

SEGUNDA ZONA DE RECLUTAMIENTO
DISTRITO MILITAR No. 15

FORMULARIO MAYORES DE CINCUENTA AÑOS

Lugar y fecha: Valledupar 20 Noviembre de 2.012

EL SUSCRITO COMANDANTE DEL DISTRITO MILITAR No. 15

HACE CONSTAR

Que el Señor ***RIVERA MEJIA GONZALO*** *Cedula 16.705.473*

Nacido en el municipio de ***CHIMICHAGUA*** *Departamento CESAR*

El día 14 del mes de ABRIL del año de ***1.964***

Esta exento de toda obligación Militar en tiempos de paz o de guerra, para todos los actos contemplados en los artículos 10 y 36 de la ley 48 y el decreto 2048 de 1993 y la ley 48 de 1993, por ser mayor de 50 años.

Se expide a solicitud del interesado a los 20 días del mes de Noviembre de 2012.

Fotografía



SV. MORENO GALVIS GUILLERMO
Comandante (E) Distrito Militar No. 15

REPUBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de la Proteccion Social
Libertad y Orden

Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos de Colombia



Registro Profesional No.
02,00182,171293,1290

GONZALO RIVERA MEJIA
C.C. 16.705.473 CALI

Acta de Grado No. ´00182 Fecha: 17/12/1993

Universidad: ´02 Fecha de Expedicion: 19/02/2003

Crear-Id.com / 8219116

Este Registro Profesional acredita al titular para el ejercicio de la Química Farmacéutica de conformidad con la Ley 23 de 1962, Ley 212 de 1995 y el Decreto 1945 de 1996

FIRMA PRESIDENTE

DUPLICADO

República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional

Universidad del Atlántico

confiere el título de

QUIMICO FARMACEUTICO

a: GONZALO RIVERA MEJIA

C.C. No. 16.705.473 CALI

En testimonio de ello expide el presente Diploma en Barranquilla, el día 17 del mes de DICIEMBRE de 1.993 y lo refrenda con las firmas y los sellos respectivos.

Decano de la Facultad

Secretario de la Facultad

Director del Departamento Central de Admisiones y Registro Académico

Presidente del Consejo Superior

Rector de la Universidad

Secretario General de la Universidad

Registrado en el Folio 024 del Libro de Diplomas 76

SECRETARIA DE EDUCACION DEL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO

Resultado General -2024-01-31→4:42:40 PM -2024-01-31→4:45:47 PM -2024-01-31→4:46:35 PM -2024-01-31→4:47:28 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Del
CC	16705473	GONZALO		RIVERA	MEJIA	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) GONZALO RIVERA MEJIA identificado(a) con CC 16705473 registra La siguiente información:

2024-01-31→4:47:28 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Química farmacéutica	1999-08-03	1121	Secretaria de Salud Departamental de Atlantico

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).

NIDA Clinical Trials Network

Certificate of Completion

is hereby granted to

Gonzalo Rivera Mejia

to certify your completion of the six-hour required course on:

GOOD CLINICAL PRACTICE

MODULE:	STATUS:
Introduction	N/A
Institutional Review Boards	Passed
Informed Consent	Passed
Confidentiality & Privacy	Passed
Participant Safety & Adverse Events	Passed
Quality Assurance	Passed
The Research Protocol	Passed
Documentation & Record-Keeping	Passed
Research Misconduct	Passed
Roles & Responsibilities	Passed
Recruitment & Retention	Passed
Investigational New Drugs	Passed

Course Completion Date: 1 January 2022

CTN Expiration Date: 1 January 2025

Tracee Williams, Training Coordinator
NIDA Clinical Coordinating Center

Good Clinical Practice, Version 5, effective 03-Mar-2017

This training has been funded in whole or in part with Federal funds from the National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, Department of Health and Human Services, under Contract No. HHSN27201201000024C.

icontec
internacional

certifican que:

Gonzalo Rivera Mejía

Asistió al Curso

AUTOEVALUACION DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACION

Con una intensidad de 8 horas

Ibagué, 9 de septiembre de 2010

Carlos Humberto Pulido Riveros
Director de Educación y Desarrollo

icontec
internacional

certifican que:

Gonzalo Rivera

Asistió al Curso

ESTANDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACION

Con una intensidad de 8 horas

Ibagué, 12 de agosto de 2010

Carlos Humberto Pulido Riveros
Director de Educación y Desarrollo

icontec
internacional

certifican que:

Gonzalo Rivera

Asistió al Curso

GENERALIDADES DE LA ACREDITACION

Con una intensidad de 8 horas

Ibagué, 4 de agosto de 2010

Carlos Humberto Pulido Riveros
Director de Educación y Desarrollo

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA
ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PUBLICA
DIRECCION TERRITORIAL TOLIMA
Universidad del Estado

CERTIFICA QUE:

GONZALO RIVERA MEJIA

C.C.No. 16.705.473

PARTICIPO EN EL DIPLOMADO

"GESTION PUBLICA"

CUMPLIENDO SATISFACTORIAMENTE CON LOS REQUISITOS ACADÉMICOS Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS CON UNA DURACION DE 120 HORAS, DADO EN IBAGUE EL 16 DE JULIO DE 2010

PROGRAMA NACIONAL DE CAPACITACION EN ADMINISTRACION PUBLICA

RAMIRO SANCHEZ
Director Territorial ESAP Tolima

CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Adelante en el tiempo

LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
SU ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Y EDUCACIÓN CONTINUADA

Otorgan el presente

Diploma

A GONZALO RIVERA MEJÍA

Por su participación en el ***DIPLOMADO FARMACOVIGILANCIA,*** realizado entre el 23 de agosto y el13 de diciembre de dos mil diez (2010) una intensidad de ciento cuarenta y cuatro (144) horas académicas.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, a los trece (13) días del mes de diciembre de dos mil diez (2010).

JULIO PORTOCARRERO MARTÍNEZ
Director Ejecutivo
Centro de Gestión Hospitalaria

DIANA MARIA SILVA LIZARAZO
Directora
Educación Continuada

LEONARDO PALACIOS SÁNCHEZ
Decano
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

CENTRO
DE GESTIÓN
HOSPITALARIA

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Adelante en el tiempo

LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
SU ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Y EDUCACIÓN CONTINUADA

Otorgan el presente

Diploma

GONZALO RIVERA MEJÍA

en el ***DIPLOMADO FARMACOVIGILANCIA,*** realizado entre el 23 de agosto y el13 de diciembre de dos mil diez (2010), con ento cuarenta y cuatro (144) horas académicas.

rma en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, a los trece (13) días del mes de diciembre de dos mil diez (2010).

OCARRERO MARTÍNEZ
irector Ejecutivo
de Gestión Hospitalaria

DIANA MARIA SILVA LIZARAZO
Directora
Educación Continuada

LEONARDO PALACIOS SÁNCHEZ
Decano
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

GOBERNACION DEL ATLANTICO
DaSalud
Departamento Administrativo de Salud del Atlántico

Dasalud Piensa en Ti !

Cra. 45 No. 44 - 12 PBX 3514111 - 3400166 Fax: 3415578 Barranquilla - Colombia

NUMERO

RESOLUCION NUMERO 08- 001121 DE 1999

" Por la cual se concede una Autorización para el Ejercicio Profesional "

EL DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DEL ATLANTICO

En uso de sus Facultades Legales y en especial las conferidas por el Decreto 1875 del 3 de agosto de 1994, y

C O N S I D E R A N D O :

Que GONZALO RIVERA MEJIA , identificado con Cédula de Ciudadanía 16.705.473 expedida en CALI - VALLE, ha solicitado autorización del ejercicio profesional como QUIMICO FARMACEUTICO, según TITULO que le otorgó la UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO, el día 17 de Diciembre de 1993, según Acta de Grado ;182

R E S U E L V E :

ARTICULO UNICO : Autorizar a, GONZALO RIVERA MEJIA, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía 16.705.473 expedida en CALI- VALLE, para ejercer la Profesión de QUIMICO FARMACEUTICO, en el Territorio Nacional

COMUNIQUESE Y CUMPLASE , Dada en Barranquilla - Atlántico, el día

ALEJANDRO HAAG LEDEREER
Director

SCE.

GOBERNACION DEL ATLANTICO
DaSalud
Departamento Administrativo de Salud del Atlántico

Dasalud Piensa en Ti !

Cra. 45 No. 44 - 12 PBX 3514111 - 3400166 Fax: 3415578 Barranquilla - Colombia

NUMERO

RESOLUCION NUMERO 00- 001121 DE 1999
(03 AGO 1999)

" Por la cual se concede una Autorización para el Ejercicio Profesional "

EL DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DEL ATLANTICO

En uso de sus Facultades Legales y en especial las conferidas por el Decreto 1875 del 3 de agosto de 1994, y

CONSIDERANDO:

Que GONZALO RIVERA MEJIA, Identificado con Cédula de Ciudadanía 16.705.473 expedida en CALI - VALLE, ha solicitado autorización del ejercicio profesional como QUIMICO FARMACEUTICO, según TITULO que le otorgó la UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO, el día 17 de Diciembre de 1993, según Acta de Grado 182

RESUELVE:

ARTICULO UNICO : Autorizar a, GONZALO RIVERA MEJIA, Identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía 16.705.473 expedida en CALI- VALLE, para ejercer la Profesión de QUIMICO FARMACEUTICO, en el Territorio Nacional

COMUNIQUESE Y CUMPLASE, Dada en Barranquilla - Atlántico, el día 03 AGO. 1999

ALEJANDRO HAAG LEDEREER
Director

BCE.

REPUBLICA DE COLOMBIA
JUZGADO [illegible]
23 AGO. 2001
AUTENTICACION - COPIA AUTENTICA
COPIA DE LA PIEZA A LA VISTA

Search

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam...

SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES
Sistema Integral de Información de la Protección Social

Ingresar | Registrarse | Ayuda

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.

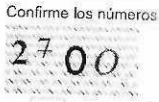
Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 16705473

Primer Nombre *: Gonzalo

Primer Apellido *: Rivera

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

4387

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2022-08-29--9:13:11 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación.	Detalles
CC	16705473	GONZALO		RIVERA	MEJIA	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) GONZALO RIVERA MEJIA identificado(a) con CC 16705473 registra La siguiente información:

2022-08-29--9:13:11 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Química farmacéutica	1999-08-03	1121	Secretaria de Salud Departamental de Atlantico

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).

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CERTIFICA QUE

GONZALO RIVERA MEJIA

CC.16.705.473

APROBO EL CURSO

OPERADOR BASICO DE SISTEMAS

DURACION **85** HORAS

EDILBERTO MARTINEZ BANQUE
JEFE DE CENTRO

Valledupar, 29 de Abril de 2003
CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICION

COMERCIAL
CENTRO DE FORMACION

SGC2003AP00027 29/04/2003
No Y FECHA DE REGISTRO

CERTIFICADO DE APROBACION F5-138

República de Colombia

CORPES

CONSEJO REGIONAL
DE PLANIFICACION DE
LA COSTA ATLANTICA

Hace constar que el (la) Señor (a)

GONZALO RIVERA MEJIA

Asistió al

CURSO BASICO PARA OPERACION Y MANTENIMIENTO DE PLANTAS CONVENCIONALES

DE TRATAMIENTO DE AGUA.

Ciudad VALLEDUPAR *Fecha* JULIO 30 *de 19* 93.

CONSEJO REGIONAL DE PLANIFICACION COSTA ATLANTICA DIRECTOR

REPUBLICA DE COLOMBIA GOBERNADOR DEPARTAMENTO DEL CESAR

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

GONZALO RIVERA MEJIA

Con Cédula de Ciudadanía No. 16.705.473

Cursó y aprobó la acción de Formación

EXCEL AVANZADO

Con una duración de 25 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Valledupar a los Catorce (14) días del mes de Diciembre de Dos Mil Siete (2007)

VIRGINIA ESTHER OJEDA ARBOLEDA
SUBDIRECTORA CENTRO COMERCIAL
REGIONAL CESAR

SGC2007AP00254 14/12/2007
No Y FECHA DE REGISTRO

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA
ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PUBLICA
DIRECCION TERRITORIAL TOLIMA
Universidad del Estado

CERTIFICA QUE:

GONZALO RIVERA MEJIA

C.C.No. 16.705.473

PARTICIPO EN EL DIPLOMADO

"GESTION PUBLICA"

CUMPLIENDO SATISFACTORIAMENTE CON LOS REQUISITOS ACADÉMICOS Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS CON UNA DURACION DE 120 HORAS, DADO EN IBAGUE EL 16 DE JULIO DE 2010

PROGRAMA NACIONAL DE CAPACITACION EN ADMINISTRACION PUBLICA

RAMIRO SANCHEZ
Director Territorial ESAP Tolima

I SEMINARIO TALLER REGIONAL
"BUENAS PRÁCTICAS DE ELABORACIÓN
DE PREPARACIONES
DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS"

Colegio Nacional de Químicos
Farmacéuticos
Unidad Regional Atlántico

El Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos de Colombia
Unidad Regional Atlántico

Certifica que:

Gonzalo Rivera Mejia

Participó en el I SEMINARIO TALLER REGIONAL "BUENAS PRÁCTICAS DE ELABORACIÓN DE PREPARACIONES DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS"
Realizado los días 19, 20 y 26,27 de Junio de 2009 en Barranquilla.

INTENSIDAD HORARIA: 30 horas

Miguel Elles Herrera
Presidente Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos - URA

Ricardo Avila De la Hoz
Coordinador Comité Científico
Colegio Nacional Químicos Farmacéuticos

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CERTIFICA QUE

GONZALO RIVERA MEJIA

CC.16.705.473

APROBO EL CURSO

OPERADOR BASICO DE SISTEMAS

DURACION **85** HORAS

EDILBERTO MARTINEZ BANQUE
JEFE DE CENTRO

Valledupar, 29 de Abril de 2003
CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICION

COMERCIAL
CENTRO DE FORMACION

SGC2003AP00027 29/04/2003
No Y FECHA DE REGISTRO

CERTIFICADO DE APROBACION F5-138

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE "SENA"

HACE CONSTAR

QUE GONZALO RIVERA MEJIA

PARTICIPO EN LA ACCION DE FORMACION:

ORDENAMIENTO TERRITORIAL

CON DURACION DE —16— HORAS

Firma y Sello Autorizados

VALLEDUPAR – 98.09.18

Ciudad y Fecha de Terminación

Registro y Certificación

00086 98.11.27

No. y Fecha de Registro

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE "SENA"

HACE CONSTAR

QUE GONZALO RIVERA MEJIA

PARTICIPO EN LA ACCION DE FORMACION:

CONCEPTOS GENERALES DE MICROEMPRESA.

CON DURACION DE -80- HORAS

Firma y Sello Autorizados

VALLEDUPAR - 96.07.12

Ciudad y Fecha de Terminación

Registro y Certificación

**00079* 96.06.30

No. y Fecha de Registro

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS

República de Colombia

MINISTERIO DE
DESARROLLO ECONOMICO

SENA

ACODAL

CERTIFICAN QUE:

GONZALO RIVERA MEJIA

Participó en el Curso de Operación y Mantenimiento de Plantas de Tratamiento, enmarcado dentro del ***Programa de Capacitación Introductoria,*** realizado en Valledupar del 02 al 06 de Noviembre de 1996, con una intensidad de 40 horas.

Mauricio López González
Gerente ACODAL

Argemiro Carrillo Calderon
Director Unidad de Agua Potable

1er SIMPOSIO DE Bioética e Investigación

Certifican que:

GONZALO RIVERA MEJIA

Con cédula de ciudadanía No. 16.705.473 participó en el Primer Simposio de Bioética e Investigación, realizado en el Salón Panorámico del Hotel Casa Morales de Ibagué, el Día 23 de Abril de 2010, con una intensidad de 10 horas.

IVAN DAVID HERNANDEZ GUZMAN
Gerente

CARLOS AUGUSTO GIRALDO RIVERA
Coordinador Unidad Funcional de Docencia e Investigación

HOSPITAL Federico Lleras Acosta

COMITÉ DE BIOÉTICA
COMITÉ DE INVESTIGACION

CERTIFICADO

Fundación Universitaria FCV
Escuela de Posgrados

Gonzalo Rivera Mejía

C.C. 16705473

Realizó y aprobó el curso de "**BUENAS PRÁCTICAS CLINICAS E6 (R2) Y REGULACIÓN LOCAL**" en modalidad virtual, con una intensidad de 8 horas.

Dr. Jorge Gómez Duarte
Rector FU-FCV

Para consultar la validez de este certificado puede comunicarse al teléfono: 6394040 Ext. 2*031

Floridablanca, Diciembre 30 de 2021
Ciudad y Fecha

CBPCFU2020178

CONVENIO
POR LA LEGALIDAD
DE MEDICAMENTOS

Santander
enserio
GOBIERNO DE la gente

CERTIFICA QUE:

GONZALO RIVERA MEJIA

C.C.

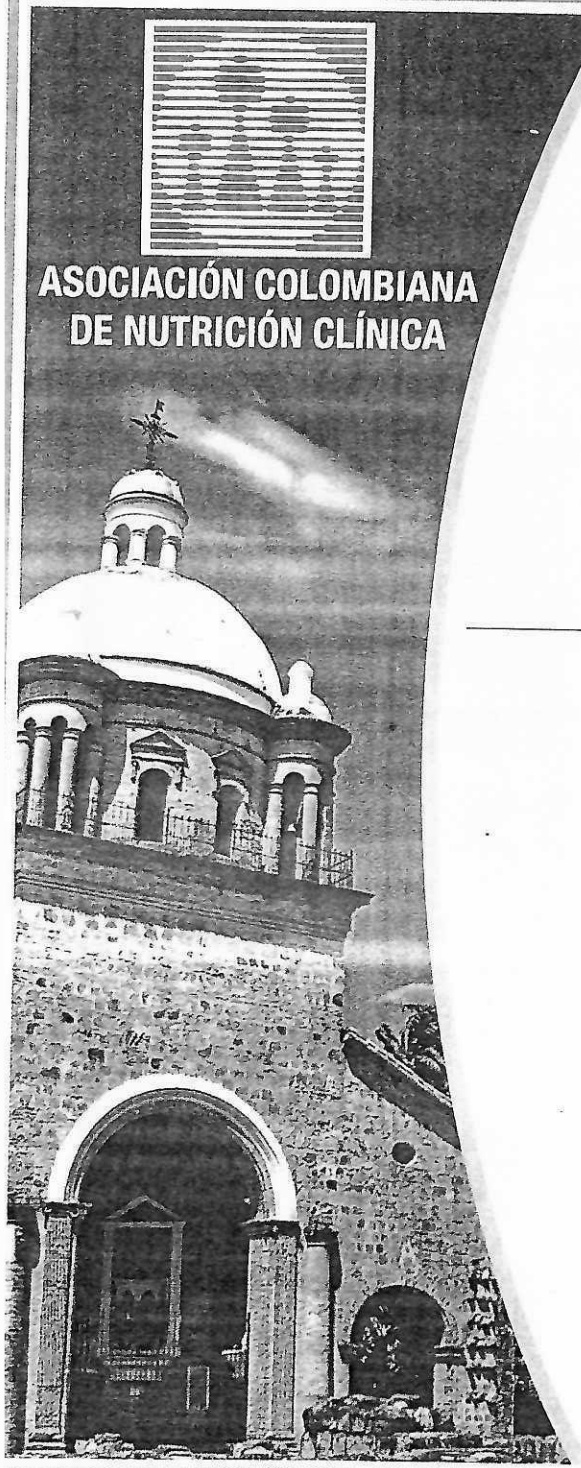
Asistió a la capacitación "Legalidad de Medicamentos: Responsabilidad de Todos" convocada por la Secretaría de Salud de Santander y el Convenio por la Legalidad de Medicamentos.

Realizada en la ciudad de Bucaramanga, el día 6 de Septiembre del 2013

P/ Juan José Rey Serrano
Secretario de Salud
Gobernación de Santander

DEPARTAMENTO DE SANTANDER
SIEMPRE ADELANTE

Maximio Antonio Visbal Niño
Presidente Convenio por la
Legalidad de los Medicamentos



ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NUTRICIÓN CLÍNICA

CERTIFICA QUE

GONZALO RIVERA MEJIA

16705473

ASISTIO AL:

ENCUENTRO DE LA FRONTERA

CÚCUTA 15 Y 16 DE 2013 NOVIEMBRE

Josef Kling, MD
Presidente

Esperanza Moncada, ND
Comité Científico

I SEMINARIO TALLER REGIONAL "BUENAS PRÁCTICAS DE ELABORACIÓN DE PREPARACIONES DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS"

Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos
Unidad Regional Atlántico

El Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos de Colombia
Unidad Regional Atlántico

Certifica que:

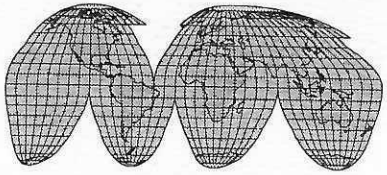
Gonzalo Rivera Mejia

Participó en el I SEMINARIO TALLER REGIONAL "BUENAS PRÁCTICAS DE ELABORACIÓN DE PREPARACIONES DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS"
Realizado los días 19, 20 y 26,27 de Junio de 2009 en Barranquilla.

INTENSIDAD HORARIA: 30 horas

Miguel Elles Herrera
Presidente Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos - URA

Ricardo Avila De la Hoz
Coordinador Comité Científico
Colegio Nacional Químicos Farmacéuticos



GRUPO EMPRESARIAL Y DE ASESORIA COLOMBIANA LTDA.

Certifica

Que el Doctor

Gonzalo Rivera Mejía

Asistió al Seminario "Gestión Empresarial y Municipal en Servicios Públicos Domiciliarios" *los días 19 y 20 de junio de 1997*

Dado en Santafé de Bogotá, a los **20** *días del mes de* ***Junio*** *de* ***1997***

Director	***Director Académico***	***Secretaria***

GRUPO EMPRESARIAL Y ASESORES EN COLOMBIA

FINDETER
FIU - FCV - FIS

REPUBLICA DE COLOMBIA
UNIDAD DE ASISTENCIA TECNICA Y CAPACITACION
CONTRACTUAL REGIONAL "ATENCION"
DEPARTAMENTOS: CESAR - GUAJIRA - MAGDALENA

UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR

CERTIFICAN QUE

GONZALO RIVERA MEJIA

ASISTIÓ Y PARTICIPÓ EN EL SEMINARIO - TALLER **"ASPECTOS ADMINISTRATIVOS, PRESUPUESTALES Y CONTRACTUALES DE LOS ENTES REGIONALES Y LOCALES FRENTE AL SISTEMA NACIONAL DE COFINANCIACION".**
INTENSIDAD HORARIA: CATORCE HORAS.

SOL YADIRA ROJAS RIVERA
Coordinadora Unidad "ATENCION"

BELCY HELENA AROCA COTES
Asesora Financiera Unidad "ATENCION"

JOSÉ NELSON RAMOS MANJARREZ
Asesor Administrativo Unidad "ATENCION"

Curumaní - Cesar, 4 y 5 de agosto de 1998

República de Colombia

CORPES

CONSEJO REGIONAL
DE PLANIFICACION DE
LA COSTA ATLANTICA

Hace constar que el (la) Señor (a)

GONZALO RIVERA MEJIA

Asistió al

CURSO BASICO PARA OPERACION Y MANTENIMIENTO DE PLANTAS CONVENCIONALES DE TRATAMIENTO DE AGUA.

Ciudad VALLEDUPAR *Fecha* JULIO 30 *de 19* 93.

DIRECTOR

GOBERNADOR

DISMEDTEC	DISMEDTEC SAS - FORMATOS	Código FR-CM-60
	SELECCIÓN E INDUCCIÓN DEL PERSONAL	Versión UNO

SELECCION

Fecha: 01- Septiembre - 2022.			**Cargo:** Químico farmacéutico Producción.	
Aspirante: Gonzalo Rivera Mejía.			**Seleccionador:** Edwin Fondul A	
Firma:			**Firma:** Edwin Fondul A	
HOJA DE VIDA	Educación	Profesional QF.	Cumple: SI ✓ No ___	
	Experiencia	11 años.	Cumple: SI ✓ No ___	
PERFIL*			Cumple: SI ✓ No ___	

		Puntaje máximo	Puntaje obtenido	Seleccionado
PRUEBAS	1.Prueba de conocimientos (Evaluación proceso de inducción)	50	50	Si: ✓
	2. Entrevista	50	50	
	Motivación	10	10	
	Trabajo en equipo	15	15	No:
	Autoestima	15	15	
	Presentación personal	10	10	
	TOTAL	100	100	

INDUCCION

Fecha de Inicio: 05 Septiembre 2022	Fecha de terminación: 05 Octubre - 2022.

ACTIVIDADES

No.	Actividad	Inductor	Fecha actividad
1	Socialización generalidades de la empresa, políticas, Aspectos generales y legales SST y funcionamiento.	Edwin Fondul A Angie Fontilla	05-09-22
2	Socialización de las funciones y responsabilidades del cargo. Procesos, procedimientos y registros BPE	Edwin Fondul A	10-09-22
3	Inducción in situ. Realización Tareas asignadas:	Edwin Fondul A	10-09-22

¿La inducción fue eficaz? Sí ✓ No ___: Retroalimentación __ Retiro del cargo ___

Firma del inducido Gonzalo Rivera.	**Firma del inductor** Edwin Fondul A

DISMEDTEC	DISMEDTEC SAS - FORMATOS	Código FR-CM-70
	REGISTRO DE ENTRENAMIENTO AL CARGO	Versión UNO

NOMBRE DEL TRABAJADOR : Gonzalo Rivera Mojica. **CARGO** QUIMICO FARMACEUTICO DE PRODUCCIÓN

FECHA DE INICIO: 01 Sep 2022. **FECHA FINALIZACIÓN:** 20 - Sep 2022

N°	ACTIVIDAD	HORAS	FIRMA DEL ENTRENADO	FIRMA DEL ENTRENADOR
1	Manual de funciones del cargo	1	Gonzalo R.	E. Fonseca
2	Sistema de Gestión de la Calidad - manejo de documentos	2	Gonzalo R.	E. Fonseca
3	Lectura de procedimientos - instructivos - formatos	8	Gonzalo R.	E. Fonseca
4	Programa de Seguridad y Salud en el trabajo	2	Gonzalo R.	A. Bautista.
5	Programa de Gestion Integral de Residuos	2	Gonzalo R.	S. Herrera.
6	Misión - Visión y Políticas institucionales	1	Gonzalo R.	J. Franco.
7	Operación de Producción de Antibióticos	8	Gonzalo R.	E. Fonseca
8	Operación de producción de Nutriciones Parenterales	8	Gonzalo R.	E. Fonseca
9	Operación de Producción de Parenterales	8	Gonzalo R.	E. Fonseca
10	Operación de Producción de Reempaque/reenvase	8	Gonzalo R.	E. Fonseca
11	Operación de Producción de Magistrales No estériles	8	Gonzalo R.	E. Fonseca
12	Operación de Producción de Citotóxicos	8	Gonzalo R.	E. Fonseca
13	Control de Calidad de Antibióticos	8	Gonzalo R.	E. Fonseca
14	Control de calidad de Nutriciones Parenterales	8	Gonzalo R.	E. Fonseca
15	Control de calidad de Parenterales	8	Gonzalo R.	E. Fonseca
16	Control de calidad de Reempaque/reenvase	8	Gonzalo R.	E. Fonseca
17	Control de calidad de Magistrales No estériles	8	Gonzalo R.	E. Fonseca
18	Control de calidad de Citotóxicos	8	Gonzalo R.	E. Fonseca
19	Indicadores de Gestión del servicio	2	Gonzalo R.	E. Fonseca
20				

TOTAL HORAS 114

DISMEDTEC	DISMEDTEC SAS	Código FR-CM-96
	ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN	Versión UNO

FECHA: 17-Enero de 2024

SEÑOR (A): Gonzalo Rivera Mejía

Con la siguiente acta DISMEDTEC S.A.S. hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR	MARCA
3	Uniformes diarios	L	Gris-Azul-beis	M.A.
1	Par zapatos			

El trabajador manifiesta que:

La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato de trabajo o entrega de una dotación nueva, me comprometo a hacer la devolución de forma inmediata.

En caso de daño de la dotación o parte de ella, reconozco que es mi deber devolverla a la empresa.

Autorizo expresamente a la empresa mediante este documento a descontarme de salarios y liquidación de prestaciones los valores de dotación cuando en cualquiera de los casos anteriores no la devuelva al empleador.

Atentamente,

Gonzalo Rivera Mejía (*Firma del trabajador*)

C.C. 16.705.473 Cali

DISMEDTEC	DISMEDTEC SAS	Código FR-CM-96
	ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN	Versión UNO

FECHA: Septiembre 01 de 2022

SEÑOR (A): Gonzalo Rivera Mejia

Con la siguiente acta DISMEDTEC S.A.S. hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR	MARCA
3	Uniformes Diario	L	Gris, Azul Beige.	N.A.
1	Buso Talla XL	XL	"	N.A.

El trabajador manifiesta que:

La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato de trabajo o entrega de una dotación nueva, me comprometo a hacer la devolución de forma inmediata.

En caso de daño de la dotación o parte de ella, reconozco que es mi deber devolverla a la empresa.

Autorizo expresamente a la empresa mediante este documento a descontarme de salarios y liquidación de prestaciones los valores de dotación cuando en cualquiera de los casos anteriores no la devuelva al empleador.

Atentamente,

_____ *(Firma del trabajador)*

C.C. 16.705.473

BiaLab	EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS TÉCNICOS	Código: BL-TH-F15
		Versión: 3
		Página 1 de 2

DATOS PERSONALES			
Nombre:	Gonzalo Rivera Mejía		
Tipo: Evaluación de Capacitación: ■	Evaluación Técnica: □		
Tema	Prueba de simulación de llenado Aséptico		
Cargo:	Químico farmaceutico de Producción	Fecha:	22-01-2024

RESPONDA SEGÚN CORRESPONDA:

1. ¿Que conocimientos y competencia técnica debe tener el personal antes de empezar PME en una central de mezclas? De 3 ejemplos

   Higiene de manos, conocer bien el protocolo de uso de la vestimenta y manejo correcto de las cabinas ✓

2. ¿Cuantas bolsas EVA se requiere para simulación de llenado y que cantidad de caldo se dispensa para cada una? → se deben tener 6 bolsas EVA ✓

   → se dispensa 100ml de caldo

3. ¿Cuál es la alícuota requerida para los envases finales (tubos falcón) que se llevan a incubación?
   a) 15 mL
   b) 5 mL
   ~~c)~~ 10 mL ✓

4. ¿Nombre 2 controles que se realizan en la prueba de llenado de medios?

   - Prueba de punta de guantes ✓
   - superficie de cabina ✓

5. ¿Cada cuánto se debe repetir la prueba de llenado de medios para el personal responsable de preparación magistral Categoría 1 o Categoría 2?

   Cada 6 meses. ✓

6. Que acciones correctivas se deben abordar si en la evaluación de competencias en manipulación aséptica se reflejan los siguientes resultados:
   SIMULACIÓN DE LLENADO DE MEDIOS – SATISFACTORIA
   PUNTA DE GUANTES – SATISFACTORIA
   SUPERFICIE CABINA – NO SATISFACTORIA POR CRECIMIENTO MICROBIANO

   → Hay que repetir todas las pruebas ✓

7. ¿A qué tiempo y temperatura de incubación se deben llevar los envases finales de la prueba de llenado de medios?

   Hongos → 7 días → a 20-25°C. ✓
   bacterias 14 días → a 30-35°C ✓

8. ¿Cuál es la manifestación visual de crecimiento que pueden llegar a tener los envases finales

durante los días de incubación para que nos indique un incumplimiento de la prueba?

a los 21 días ✓ 14 días Turbidez ?

9. ¿Que debe incluir el informe final para que sea válida la prueba de llenado de medios? Nombre 3 condiciones

1º Nombre de la persona evaluad ✓
2º fecha y hora de la evaluacion ✓
3º Medios de cultivo utilizados y ✓
Componentes

9/9

EFICACIA DE LA EVALUACIÓN APROBADO [X] NO APROBADO [ ]

FIRMA DEL EVALUADOR: HaroldCorzoA.

OBSERVACIONES: Ninguna

FORMATO DE RE-ENTRENAMIENTO Y REINDUCCION	Código: FR-CM-103	DISMEDTEC
	Versión: UNO	
	Fecha: 21/08/25	

Fecha de diligenciamiento:	11-09-2025	**Duración (horas):**	2 h
Nombre del trabajador:	Gonzalo Rivera Mejia		
Cédula del trabajador:	16.705.473	**Cargo:** Químico	Farmacéutico
Responsable de dar la inducción:	Miguel A Cubillos	**Cargo:**	Dirección Tecnica
Firma del responsable de dar la inducción:			

OBJETIVO

Dar a conocer el Sistema de Gestión integral, cuyo cumplimiento se extiende a los procesos, procedimientos y puesto de trabajo asignados. Así mismo, comunicar al trabajador, información general de la empresa a través de su reseña histórica, los objetivos, los valores, políticas, la estrategia organizacional y los lineamientos internos.

TEMAS	FIRMA DEL COLABORADOR
I. Generalidades * Política de calidad * Reseña Histórica. * Estrategia Organizacional, objetivos y valores. * Organigrama. * Conducto regular.	Gonzalo Rivera
II. SISTEMA DE GESTION SST * Documentos, formatos y registros. * Ciclo PHVA. * Política de No alcohol y No drogas. Consumo de sustancias Psicoactivas y para fumadores * Reglamento de Higiene y Seguridad industrial * Sistema general de riesgos laborales: tiempos, contactos, deberes y derechos * Peligros, factores de riesgo y controles * Reporte de incidentes y accidentes, investigaciones. * Plan de emergencia y contingencia. * Controles operacionales de gestión ambiental: programas y Campañas * Aspectos e impactos ambientales * Aspectos generales y legales en SST y Ambiente. * Valor del autocuidado	Gonzalo Rivera
II. NORMAS GENERALES * Ingreso areas de preparacion * Higiene de manos * Postura de ropa de transito en planta y ropa esteril * Cuidado a equipos y material filtrante	Gonzalo Rivera

2.EFECTIVIDAD DE LA CAPACITACIÓN

Pregunta 1: Mencione 3 normas para ingreso a la planta de la central Dismedtec

a. Ingresar sin esmaltes en las uñas
b. Ingresar sin joyas, anillos y otros accesorios
C. Luego del lavado de manos acorde al protocolo ingresar con los E.P.P.

Pregunta 2: Mencione dos norma del reglamento interno del trabajo Dismedtec SAS

1. No Presentarse a laborar bajo el efecto de bebidas alcohólicas o de sustancias Psicoactivas.
2. No divulgar informacion confidencial de Dismedtec S.A.S.

Pregunta 3: ¿A que riesgos esta expuesto en su puesto de trabajo?

1. riesgo de pincharse o de punsacion con las agujas
2. riesgo quimico, especialmente con los medic. oncologicos por ser teratogenicos, carcinogenicos y otros.

Pregunta 4: Una emergencia que se pueda presentar en la empresa y que haría para evitarla:

Un incidente que podria presentarse seria una caida, al resbalarse al transitar con el piso mojado. Podria evitarse al abstenerse de transitar con el piso mojado y tener las precauciones.

CALIFICACIÓN OBTENIDA:	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN			
	Entre 3,5 y 5	Se acepta, la capacitación fue efectiva	Entre 0 y 3,4	No se acepta, la capacitación NO fue efectiva
5.0	Firma del colaborador : Gonzalo Rivera			

C.C. 16 705 473 Cali

DISMEDTEC	DISMEDTEC S.A.S - FORMATOS	Código FR-CM-54
	EVALUACIÓN DE EFICACIA DE LA INDUCCIÓN	Versión UNO

NOMBRE: Gonzalo Rivera Mejía

CARGO: Químico Farmacéutico **FECHA:** 05/09/2022

1 Mencione dos (2) de los productos y/o (2) servicios ofrecidos por Dismedtec S.A.S:
1. Mezcla de Nutriciones Parenterales
2. Adecuacion y ajuste de Dosis de Medicamentos Antibioticos

2. Describa la Misión y Visión de Dismedtec S.A.S: * Continúa al final.
Mision: Elaborar y dispensar preparaciones estériles, de alta calidad basados en procedimientos establecidos para garantizar la estabilidad fisicoquímica y bacteriológica de las preparaciones satisfaciendo asi los requerimiento del cliente

3. Mencione tres (3) de los procedimientos de producción y el objetivo del procedimiento al cual Usted pertenece:
1. Preparacion de Mezcla de Nutricionel Parenterales
2. Adecuacion y ajuste de Dosis de medic. oncologicos
3. Adecuacion de Dosis de Antibioticos
El objetivo es obtener un producto de calidad.

4. Describa dos (2) procedimientos o actividades del proceso de producción y los respectivos formatos utilizados:
Formatos: 1. Orden de Produccion Cliente
2. Orden de Produccion interna para Central.
3. Verificacion o Control de Calidad. (Liberacion de AT6).
4. Control de Entrega.

5. La Aseguradora de Riesgos Laborales ARL que cubre en caso de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional es:
ARL SURA

6. Es función del COPASST:
A. Atender en caso de emergencia.
B. Hacer seguimiento de las actividades de Seguridad y Salud en el trabajo
C. Reportar los accidentes de trabajo
(X) Todas las anteriores

C - 5.0

7. El tiempo para reportar un accidente de trabajo es de 90 horas, responda falso o verdadero según corresponda:

(X) Falso ( ) Verdadero

8. En una evacuación en caso de emergencia NO se debe:
A. Caminar por la derecha
(X) Regresarse o devolver
C. Apoyar a alguien que tenga dificultades.
D. Ninguna de las Anteriores

10. Una recomendación para mantener una adecuada higiene personal, es:
a. Lustrar los zapatos todos los días.
b. Realizar ejercicio frecuentemente
c. No fumar
(X) Lavar las manos antes de las comidas , después de usar el sanitario, y cada dos horas

12. Todo trato diferenciado por razones de raza, género, origen familiar o nacional, credo son una Modalidad de discriminación laboral

( ) Falso (X) Verdadero

13. Las pausas activas tienen una duración de.

A. 2 horas.
B. 5 a 10 Minutos en dos jornadas
C. 1 semana
D. Ninguna de las Anteriores

14. Diga porque es importante el uso de los EPP (Elementos de Proteccion Personal) y diga cuales utiliza en sus actividades? Es importante porque nos protege a) también protege los productos q' estamos adecuando. se utiliza Gorro, tapabocas, guantes, polainas, overol esteril, traje de mayo.

15. Identifique tres impactos ambientales que puede generar las actividades que ud realiza en la empresa

1. favorable: Clasificar adecuadamente los desechos
2. favorable: No arrojar soluciones contaminadas con medicamentos oncologicos o antibioticos en los desagues.
3.

Nombre Evaluó: Eduardo Posada Resultado: 5.0 ✓

Firma:

2. * Vision de Pismedtec SAS.

En 2027 seremos Lideres de lmercado, prestando el mejor servicio regional y nacional en elaboracion de mezclas de medicamentos estériles y no estériles, ajuste y adecuación de dosis de medicamentos esteriles oncológicos, antibióticos y otros inyectables, siendo reconocidos por nuestra calidad, eficacia y compromiso en los productos entregados

a)

4. Preparación de NPT:

Agregar en el siguiente orden cada uno de los componentes de la mezcla de NPT, mezclando para homogenizar, después de adicionar cada componente: AA 10% + fosfato + DAD 50% + Na + K + Mg + Ca + ET, Vitaminas + LIPIDOS AL 20% + AGUA

b) Preparacion o adecuación de Dosis de Antibioticos

Por Ej: Preparar 4.500 mg Piperacilina/Tazobactam/100 ml SSN.

Se reconstituye 1 vial 4,5g Piperacilina + Tazobactam en ... ml de Agua. Luego ... SSN x 100 ml se le debe ... ml del

	DISMEDTEC SAS	Código FR-CM-73
DISMEDTEC	EVALUACION DE CONOCIMIENTO – QUÍMICO FARMACÉUTICO	Versión UNO

FECHA: 02-09-2022 **NOMBRE:** Gonzalo Rivera Mejía

CARGO AL QUE ASPIRA: Químico Farmacéutico de Producción

C- 100

PREGUNTAS

1. Este primer punto está formado por 5 preguntas con 4 posibilidades de respuesta cada una. Tiene un valor de 50%.

- Para asegurar la trazabilidad de los medicamentos reenvasados y acondicionados a partir de su envase original en una Central de mezclas, es indispensable que:

a) No es necesario asignar lotes porque se van a dispensar y administrar muy rápido.
X b) El lote que le asignemos se asocie inequívocamente con el lote que aparece en el envase original de la especialidad y los tengamos perfectamente registrados para cualquier consulta.
c) Podemos agrupar diferentes lotes de distintos envases originales en un solo lote de medicamento reenvasado y registrarlos o no.
d) Le asignemos un lote sin tener en cuenta el lote original.

- ¿Qué normativa regula el cumplimiento de las Buenas Practica de Elaboración de preparaciones magistrales?

a) Decreto 767 de 1993
b) Decreto 2730 de 1981
X c) Resolución 0444 de 2008
d) Decreto 2200 de 2005

- La osmolaridad se define como:

a) Gramos de soluto en litro de disolución.
b) Moles de soluto en litro de disolvente.
c) Gramos de soluto en litro de disolvente.
X d) Osmoles de soluto en litro de disolución.

- ¿Qué forma farmacéutica oral no es recomendable manipular para administrar por sonda nasogástrica?

a) Suspensión.
X b) Comprimido de liberación retardada.
c) Solución.
d) Comprimido

- ¿Qué significa la expresión %P/V?

a) Peso de sustancia disuelta en 100 gr de solución preparada.
X b) Peso de sustancia disuelta en 100 ml. de solución preparada. ✓
c) Volumen de soluto disuelto en 100 ml. de solución preparada.
d) Que el peso de la sustancia es igual al volumen de la solución.

2. El segundo punto está compuesto por un ejercicio. Tiene un valor de 25%.
   - El servicio de urgencia ha solicitado una prueba de sensibilidad de L-ASPARAGINASA (10.000 UI liofilizado) en una concentración de 200UI/0.2ml. Explique el paso a paso para obtener la concentración de la prueba.

1. Reconstituir el vial Asparaginasa en 1 ml de SSN ⇒ [ ] = 10.0 UI/ml

⇨ 1 ml ⟶ 10.000 UI. $x = \frac{0,1\,ml \times 10.000\,UI}{1\,ml} = 1000\,U.I.$

0.1 ml ⟶ x

Ahora tomamos 0.1 ml ⟵ 1 mL (Lo último) ⟶ 1000 U.I

200 U.I ⟵ 0.1 ml ⟶ $x = \frac{1\,ml \times 200\,UI}{1000\,U.I}$

$x = 0,2\,ml.$ ✓

3. El tercer punto está compuesto por una pregunta de desarrollo. Tiene un valor de 25%
   - Defina con sus palabras, ¿qué es una trazabilidad?

La trazabilidad se define como una serie o conjunto de procedimientos que nos permite seguir el proceso de evolución o preparación y/o adecuación de un producto en cada una de sus etapas ✓

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) **GONZALO RIVERA MEJIA**; identificado(a) con **CC** número **16705473**; se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: **01/08/2008**

Estado de la Afiliación **Vigente**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los **27** días del mes **8** del año **2022**

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

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Colpensiones
10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **GONZALO RIVERA MEJIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **16705473,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2008** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 29 de agosto de 2022.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

ARL | sura

Medellín, 02 de Septiembre de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de DISMEDTEC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPL.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL			Clase: 3	Porcentaje Cotización: 2.436%		
C1098646267	FRANCO HARKER JUAN SEBASTIAN	01/09/2022		F187D233	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C8789956	MONDUL MARTINEZ EDWIN ENRIQUE	01/09/2022		10z16320	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C63450528	GARCIA GUTIERREZ MARCELA	01/09/2022		45143222	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1095953659	GARCES NUÑEZ JHOAN SEBASTIAN	01/09/2022		13137H22	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1098771105	AVILA CARVAJAL ANDRES FABIAN	01/09/2022		17621820	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C16705473	RIVERA MEJIA GONZALO	01/09/2022		15218424	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C73199749	BENAVIDES VILLADIEGO FABIAN ARTURO	01/09/2022		11153227	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1099302815	CACERES RIOS CAREN ROCIO	01/09/2022		12N82164	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1005344960	RODRIGUEZ RUEDA PATRICIA	01/09/2022		20218419	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
Centro de trabajo: 0000000002 MENSAJERIA			Clase: 4	Porcentaje Cotización: 4.35%		
C91474951	NIÑO PARRA JOSE IGNACIO	01/09/2022		37147239	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10986462672224541315

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 02/09/2022 11:28:35 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 200.116.211.179, 192.230.104.12, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264 -2

CERTIFICA QUE:

El 2022 -09 -06 14:48:46, el empleador **DISMEDTEC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS** identificado con **NI** número **901528368** registro la siguiente solicitud de reingreso en nuestro Sistema de Afiliación Electrónica **VALE**.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
018961748430	2022 -09 -06 14:48:46	REINGRESO

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CC	16705473	GONZALO RIVERA	3800000	OTROS PROFESIONALES DE LA EDUCACIÓN NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS	2022 -09 -01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 6 días del mes de Septiembre del año 2022.

62

Comfenalco
SANTANDER
Se preocupa por ti.

Bucaramanga, 14 de septiembre de 2022

Señor Empleador
DISMEDTEC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS
NIT. 901528368
SUCURSAL: PRI - DISMEDTEC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS
DISMEDTEC@GMAIL.COM

Asunto: Aprobación Inscripción de trabajador dependiente.
Radicado: ITD_202209091612_16705473.

Dando respuesta a la solicitud de inscripción del trabajador GONZALO RIVERA MEJIA con documento de identificación CC 16705473, con base en la información y los documentos aportados por su parte, seguida de la verificación respectiva por parte de Comfenalco Santander, debemos informar que ha sido APROBADA la inscripción a la Caja de Compensación Familiar COMFENALCO SANTANDER.

En virtud de lo anterior, el trabajador tiene acceso a servicios en educación, recreación, cultura, deporte, turismo social, salud, crédito social. Las categorías A y B tienen subsidio en especie (vivienda, salud, escolar) y tarifas subsidiadas. Además, el trabajador con remuneración mensual, fija o variable, igual o menor a 4 SMLMV, que labora al menos 96 horas al mes y que sumados los ingresos con los de su cónyuge o compañero permanente no sobrepasen los 6 SMLMV, tiene derecho a recibir cuota monetaria por la afiliación de personas a su cargo.

Se deja constancia que con esta inscripción el trabajador no registró personas a su cargo.

Cordialmente,

Alexander Garzón Valderrama
Jefe de aportes y subsidio
COMFENALCO SANTANDER

www.comfenalcosantander.com.co

Avenida González
Valencia 52 - 69
Centro de contacto
PBX: 6577000

Bucaramanga, Santander
Colombia
Código postal
680003

VIGILADO SuperSubsidio

Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.
N.I.T 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

Radicado No.
Fecha de solicitud: 09/09/2022 04:12:17 PM
Fecha de radicación : 09/09/2022 04:12:00 PM
ITD_202209091612_16705473

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación		Razón social
NIT 901528368	0	DISMEDTEC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS

Sucursal	Agencia
PRI - DISMEDTEC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS	PRINCIPAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento
CC 16.705.473	1983/02/28	VALLE	CALI	1964/04/14

Nombres y apellidos		
GONZALO	RIVERA	MEJIA

Sexo	Estado civil	Dirección y barrio de residencia	
MASCULINO	SOLTERO(A)	CR 18AW 61 68	MUTIS

Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA	6900747	3126828436

Correo electrónico	Nivel de escolaridad
GONZALO.RIVERA1464@GMAIL.COM	PROFESIONAL UNIVERSITARIO

3. INFORMACION DE VINCULACIÓN LABORAL

Fecha de inicio	Cargo actual
2022/09/01	

¿Trabajador servicio doméstico?	Jornada laboral	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/ingreso total mes
NO	TIEMPO COMPLETO	FIJO	3,800,000		3,800,000

Municipio y departamento del lugar de trabajo		Zona del lugar de trabajo
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición	Fecha de nacimiento

Nombres y apellidos

Sexo	Municipio y departamento de residencia	Zona de residencia	Ocupación

Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/ingreso total mes	¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cúal Caja de Compensación Familiar?

5. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Documento de identificación	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Municipio y departamento residencia	Zona de residencia	Sexo M o F	Parentesco	Estudiante Solo si aplica	Nivel de escolaridad	Certificado de Discapacidad

DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

1. TIPO DE DOCUMENTO
(N.I.T) Número de identificación tributaria
(T.I) Tarjeta de identidad
(C.C) Cédula de ciudadanía
(P.A) Pasaporte
(R.C) Registro civil
(C.E) Cédula de extranjería
(P.E) Permiso especial de permanencia
(P.T) Permiso por protección temporal
(C.D) Carné diplomático

2. SEXO
(F) Femenino
(M) Masculino

3. PARENTESCO
1. Hijo(a)
2. Padre/Madre
3. Hermano(a)
4. Hijastro(a)
5. Dependiente por custodia legal o judicial

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Básica adultos (1° a 5°)
6. Secundaria adultos (6° a 9°)
7. Media adultos (10° a 11°)
8. Primera Infancia
9. Técnico/Tecnológico
10. Profesional universitario
11. Posgrado/Maestria
12. Ninguno

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)
Como empleador, declaro haber informado a los titulares que usaré sus datos personales para entregarlos a Comfenalco Santander y que cuento con la autorización de estos para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o Avenida González Valencia No. 52-69 oficina de atención al cliente. También declaro conocer que para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme a los canales de atencion consignados en la misma política. Y que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)
Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos relacionados en este formulario son exactos, verídicos y corresponden a la conformación actual del grupo familiar del trabajador, aceptando que esta información es la que quedará registrada en la afiliación en Comfenalco Santander.

Señor trabajador:
Conserve esta copia como soporte del trámite de radicación de su inscripción.

DISMEDTEC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS
Firma del empleador
No. Documento. Empleador 901528368

GONZALO RIVERA MEJIA
Firma del trabajador
No. Documento Trabajador 16.705.473

FORMULARIO ÚNICO DE SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Ciudad: Bucaramanga Fecha: [illegible]

CESANTIAS: Afiliación ☐ Traslado ☐ Nombre del fondo o empresa que administra sus cesantías:

AHORRO VOLUNTARIO CONTRACTUAL ☐ **AHORRO VOLUNTARIO CONTRACTUAL COLOMBIANOS RESIDENTES EN EL EXTERIOR** ☐ **AHORRO VOLUNTARIO CONTRACTUAL PLUS (Condiciones especiales)** ☐

Diligenciar únicamente si su solicitud de afiliación es para el producto Ahorro Voluntario Contractual

Tipo de vinculación: Independiente ☐ Dependiente ☐ Pensionado ☐ Docente ☐ Ejército Nacional ☐ Armada Nacional ☐ Fuerza Aérea ☐ Policía Nacional ☐ Madre Comunitaria ☐ Ferias Nacionales de Servicio al Ciudadano ☐ Cuenta con beneficios AFC ☐

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Tipo documento de identidad: (CC) (CE) (TI) Otro: | Número de documento: 1675 473 | Fecha expedición documento: 1983 02 28 | Género: (F) (M) | Fecha nacimiento: 1964 04 14

Gonzalo | Rivera | Mejia

Ciudad nacimiento: Chimichagua | Departamento/Estado nacimiento: Cesar | País nacimiento: Colombia | Vivienda: Propia ☐ Arrendada ☐ Familiar ☐ | ¿Usted presenta alguna discapacidad? (SI) (NO)

Dirección domicilio: Cra 18 aw # 61 - 68. | Barrio: Nuevo Kennedy

Ciudad domicilio: Bucaramanga | Departamento/Estado domicilio: Santander | País domicilio: Colombia

Teléfono(s): Indicativo país: 57 | Código de área ciudad: 7 | Número fijo: No tiene | Número celular: 3126828436.

Correo electrónico: gonzalo_rivera1464@gmail.com | Nivel de estudio: Primaria ☐ Bachillerato ☐ Pregrado (X) Posgrado ☐ Ninguno ☐

DILIGENCIAR SI RESIDE EN EL EXTERIOR

Tipo documento de identidad país de residencia: | Número de documento: | País de residencia: | Estatus migratorio definido: (SI) (NO) | Código postal:

2. INFORMACIÓN LABORAL

DILIGENCIAR SI ES INDEPENDIENTE Y/O ASALARIADO:

Descripción actividad económica: Asalariado

SI USTED ES TRABAJADOR ASALARIADO O DEPENDIENTE DILIGENCIE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Nombre o razón social del empleador: Diomedica SAS.

Identificación Entidad o Empresa: (CC) (CE) (Nit) 901 528 368 | Sector: Público ☐ Privado (X) | Cargo actual: Químico farmacéutico | Fecha de vinculación: 22 09 01

Dirección de la empresa: Cra 63 # 28 - 35. | Ciudad de la empresa: Bucaramanga | Departamento/ Estado de la empresa: Santander | País: Colombia

Correo electrónico de la empresa: Contabilidad@diomedica.com | Indicativo país: | Código de área ciudad: | Número de oficina (celular/fijo): 324 5898514

2.1 INFORMACIÓN PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)

¿Es usted una persona políticamente expuesta (Decreto 830 de 2021)? (NO) (SI) | ¿Tiene familiares hasta segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que sean PEPs? (NO) (SI) ⇨ Nombre: Cédula Ciudadanía:

3. INFORMACIÓN FINANCIERA (Los colombianos residentes en el exterior deben diligenciar los campos de valores solicitados en pesos colombianos)

INGRESOS MENSUALES	*OTROS INGRESOS	EGRESOS MENSUALES	TOTAL ACTIVOS	TOTAL PASIVOS
$ 3.700.000	$ 0	$ 1.500.000	$ 445 345 750	$ 58. 142.150

*Detalle de otros ingresos:

4. RELACIÓN TRIBUTARIA CON OTROS PAÍSES

¿Tiene ciudadanía y/o residencia fiscal en EEUU? (NO) (SI) ⇨ Número de Identificación Tributaria: ¿Tiene doble nacionalidad? (NO) (SI) ⇨

¿Cuál? | ¿Tiene obligaciones tributarias por ciudadanía y/o residencia fiscal en otro(s) país(es) diferentes a Colombia y EEUU? (NO) (SI) ⇨ País: | Número de Identificación Tributaria:

País: | Número de Identificación Tributaria:

Si no tiene NIT, indique ¿Porque?: A. El país no emite NIT ☐ B. El país donde resido no permite que el NIT sea revelado ☐ C. No puede obtener el NIT (Explique la razón): ☐

5. SI USTED ES APODERADO (Aplica para afiliación AVC y Colombianos Residentes en el Exterior, en este caso el apoderado deberá residir en Colombia)

Nombres | Primer Apellido | Segundo Apellido

Tipo documento de identidad: (CC) (CE) | Número de documento: | Teléfono/Celular: | Correo electrónico:

6. CESANTÍAS Y/O TRASLADO

Declaro que los recursos que se entregaran al FNA por concepto de cesantías provienen de actividades lícitas. No admitiré que terceros efectúen depósitos a mi cuenta con dineros provenientes de actividades ilícitas, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas. Declaro que la información que he suministrado en esta formulario es exacta, completa y verídica, por lo tanto entiendo que la falsedad, omisión o error en ella tendrá las consecuencias estipuladas en la Ley y en la reglamentación interna de la entidad. Declaro que he recibido información comercial sobre los derechos y deberes que adquiero como Afiliado(a) al FNA y acepto la normatividad de la Entidad. Los trabajadores pertenecientes al sector privado afiliados al FNA, así como los servidores públicos que se afilien voluntariamente, solo podrán trasladar sus Cesantías a una Sociedad Administradora de Cesantías transcurridos tres (3) años a partir de la afiliación, siempre que no tengan crédito vigente con el FNA (Art. 5 y 8 de la Ley 432 de 1998).

7. DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE LOS RECURSOS - AHORRO VOLUNTARIO CONTRACTUAL (Si seleccionó afiliación por AVC o AVC CRE)

1. Declaro que los activos y recursos que poseo y he informado en el presente contrato; así como aquellos que entregaré en virtud del Ahorro Voluntario Contractual no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en la legislación vigente.
2. Los recursos que entregaré en Ahorro Voluntario Contractual provienen de las siguientes fuentes:
   Producto actividad económica ☐ Salario ☐ Pensión ☐ Honorarios y/o Comisiones ☐ Otra ☐ ¿cuál? : _____
3. No admitiré que terceros efectúen depósitos en cuentas a mi nombre con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Autorizo al FNA a que dé por terminado el Contrato de Ahorro Voluntario, en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, eximiendo a la Entidad de toda responsabilidad que se derive de información inconsistente, inexacta o insuficiente que yo hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

8. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaro que la información aquí suministrada es auténtica y veraz. Autorizo irrevocablemente al **Fondo Nacional del AHORRO – FNA**, para verificarla a través de los medios que considere convenientes. Igualmente, me obligo a actualizar los datos reportados en este formulario, por lo menos una vez al año y/o una vez se produzca cambios en ellos o que el FNA lo requiera. De igual forma autorizo al **FNA** o a quien represente sus derechos u ostente en futuro la calidad de acreedor a reportar, actualizar, solicitar, consultar y divulgar a sus filiales a las centrales de información o a cualquier base de datos, toda la información referente a mi comportamiento comercial. La presente autorización comprende no sólo la facultad de consultar, reportar, procesar y divulgar si no también la de solicitar, consultar y compartir información sobre mis relaciones comerciales y el origen de mis recursos con cualquier entidad y/o instituciones de acuerdo con la finalidad del tratamiento de datos autorizada. SI AUTORIZO (X)

Autorizo al **Fondo Nacional del Ahorro**, con domicilio en la **Carrera 65 No. 11 - 83 en Bogotá**, dirección electrónica **www.fna.gov.co** y teléfono **601 3810150**, a que realice el tratamiento de mis datos personales para los usos y las finalidades descritas en la Política de Tratamiento de datos del FNA disponible en la página https://www.fna.gov.co/atencion-ciudadana/condiciones-y-politicas/politica-tratamiento-datos-personales, y según lo previsto en la Ley 1581 de 2012, la Ley 1266 de 2008, Decreto 1377 de 2013 y demás normas concordantes. Manifiesto que he leído y acepto la Política de Tratamiento de Datos del FNA, a través de la cual he sido informado sobre (I) los derechos que me asisten como titular de los datos personales, especialmente a conocer, consultar, actualizar y rectificar la información (II) los tratamientos que se realizarán a mis datos, incluida la posible transmisión internacional de datos, y que la finalidad principal de dichos usos es la prestación integral del servicio contractado, (III) los mecanismos para presentar reclamaciones o peticiones relacionadas con el tratamiento de mis datos, (IV) el caracter facultativo de la respuesta a las preguntas de este formulario que puedan versar sobre datos sensibles (ej. la condición de discapacidad), y entiendo que, al suministrar esos datos concedo mi autorización expresa para su tratamiento. SI AUTORIZO (X)

Autorizo al **Fondo Nacional del Ahorro**, para que gestione el proceso de comunicación de mi intención de traslado al Fondo de Cesantías al cual me encuentro afiliado, al igual que a mi empleador, a la dirección, o al correo electrónico relacionados en este formulario, para que de esa manera se pueda dar curso a mi solicitud de traslado en los términos de lo establecido en el artículo 2.2.1.3.25 del Decreto 1072 de 2015, incorporado por el artículo 2º del Decreto 1562 de 2019.

Autorizo al FNA a enviar mensajes con contenido institucional, comercial e informativo de su(s) trámites vigentes a través de:

Correo Electrónico SI (X) NO ☐ Celular: SI (X) NO ☐

Desea que el FNA envíe su recibo de pago, certificado de intereses, extractos de su cuenta de ahorro voluntario, reporte anual de costos y demás comunicaciones o notificaciones a través de:

Correo Electrónico (X) Correspondencia física ☐

Señale con una X su dirección principal.

Domicilio (X) Sitio de trabajo ☐

De no autorizar el envío de recibos y demás comunicaciones o notificaciones a través de correo electrónico, este se remitirá a la dirección física principal informada en este formulario. Si los datos para el envío de información marcados no son correctos o no están actualizados AUTORIZO que sean remitidos a través del correo electrónico suministrado en este formulario, o aquel del cual la entidad tenga conocimiento por cualquier otro medio, según los procedimientos establecidos por el FNA.

Firma Afiliado: [signature]

[fingerprint]

9. ESPACIO EXCLUSIVO FNA

Nombre completo del asesor comercial que entrevista: Yuranny Zuleimy Medina R | Documento de identidad: 1098768916

Canal de Entrevista: PA Bucaramanga

AFILIADO

FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA IMPRENTA CLARA Y LEGIBLE EN TINTA NEGRA, SIN TACHONES NI ENMENDADURAS

CE-FO-121[illegible]

MEDICID
Salud Ocupacional IPS S.A.S.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

No. 1



CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 (DÍA)	12 (MES)	2024 (AÑO)	BUCARAMANGA (Ciudad)	Examen Periódico

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

Nombre de la Empresa	Centro de Trabajo - Sede
DISMEDTEC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA	BUCARAMANGA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte, PE P.E.P.)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Edad	Documento de identificación: Tipo	Número
RIVERA	MEJIA	GONZALO		60 Años	CC	16705473

Cargo	Sección / Empresa en Misión
QUIMICO FARMACEUTICO	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

● Sin limitaciones o restricciones para el cargo ○ Con Restricciones o limitaciones para el cargo ○ Aplazado

Se recomienda valoración por EPS: ○ SI ● NO

Examen Periódico Satisfactorio: ● SI ○ NO

Se entrega formato de remisión a EPS: ○ SI ● NO

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo. T (temporal) P (Permanente)

Agentes o Factores de Riesgo	T	P	Recomendaciones
	○	○	

Recomendaciones:

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A LA EXPOSICIÓN DE AGENTES,ENFASIS EN HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HRS POR 5 MINUTOS , CAMBIOS DE POSTURAS CADA 2 HRS , MANEJO ADECUADO DE CARGAS .

EXÁMENES REALIZADOS

☑ Examen Ocupacional Periódico ☑ E. Médico énfasis Osteomuscular

Otros exámenes:

Incluir en Programas de Vigilancia Epidemiológica: ☐ Cardiovascular ☐ Osteomuscular ☐ Auditivo ☐ Visual ☐ Respiratorio

"SI ESTE DOCUMENTO NO ES ENVIADO POR MEDICID IPS S.A.S., POR FAVOR VERIFIQUE SU AUTENTICIDAD"

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador:

Autorizo al Dr(a) abajo mencionado(a) Profesional adscrito a MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. a realizarme el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) paraclínico(s) ocupacional(es), el cual es: promover y proteger la salud de los empleados y, por otra parte, a gestionar y disminuir riesgos, a la vez que a controlar enfermedades y accidentes laborales.

He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), la asesoría antes de las tomas de las pruebas:

BENEFICIOS:

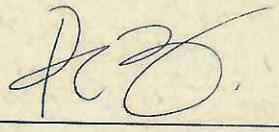
* Identifica, evalúa y controla los posibles agentes de riesgo que existan en la organización y que sean potenciales fuentes de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
* Impulsa dentro de la empresa el trabajo sano y seguro, a través de acciones preventivas.
* Promueve sistemas de organización que favorecen la salud y seguridad en el área de trabajo. Lo que sirve para aumentar la confianza y por ende la productividad.
* Mejora la salud y capacidad de cada uno de los empleados, a través de condiciones óptimas de trabajo.
* Minimiza las lesiones derivadas del trabajo.
* Reduce el ausentismo laboral y a la vez las pérdidas económicas y de producción ligadas a accidentes y enfermedades.

RIESGOS:

* Si el usuario requiere toma de muestras de laboratorio clínico, el riesgo existente es la multipunción y hematoma, según su condición actual de salud.

Entiendo que la realización de las pruebas ocupacionales es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizará el(los) examen(es) ocupacional(es).
Fui informado de las medidas que tomará MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. para proteger la confidencialidad de la información de los exámenes realizados a mí. Recibí copia de la valoración médica ocupacional.

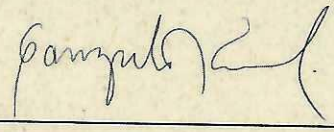
MÉDICO ESPECIALISTA:

Firma: 

Nombre: Dr(a) RAMIRO ANDRES CRUZ BORNACELLY

Registro Médico: 1143131035 Licencia Salud Ocupacional: 20532

USUARIO QUE RECIBE LA ATENCIÓN / ACUDIENTE:

Firma: 

Nombre: GONZALO RIVERA MEJIA

Documento: CC 16705473

MEDICID
Salud Ocupacional IPS S.A.S.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

No. 1



CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 (DIA)	02 (MES)	2024 (AÑO)	BUCARAMANGA (Ciudad)	Examen Periódico

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

Nombre de la Empresa	Centro de Trabajo - Sede
DISMEDTEC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA	BUCARAMANGA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte, PE P.E.P.)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Edad	Documento de identificación: Tipo	Documento de identificación: Número
RIVERA	MEJIA	GONZALO		59 Años	CC	16705473

Cargo	Sección
QUIMICO FARMACEUTICO	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

● Sin limitaciones o restricciones para el cargo ○ Con Restricciones o limitaciones para el cargo ○ Aplazado

Se recomienda valoración por EPS: ○ SI ● NO

Se entrega formato de remisión a EPS: ○ SI ● NO

Examen Periódico Satisfactorio: ● SI ○ NO

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo. T (temporal) P (Permanente)

Agentes o Factores de Riesgo	T	P	Recomendaciones
	○	○	

Recomendaciones:

USO ADECUADO DE EPPS, MANTENER HIGIENE POSTURAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, INFORMA SIN SINTOMAS COVID-19. CUMPLIR LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD.

EXÁMENES REALIZADOS

☑ Examen Ocupacional Periódico ☑ E. Médico énfasis Osteomuscular

Otros exámenes:

Incluir en Programas de Vigilancia Epidemiológica: ☐ Cardiovascular ☐ Osteomuscular ☐ Auditivo ☐ Visual ☐ Respiratorio

"SI ESTE DOCUMENTO NO ES ENVIADO POR MEDICID IPS S.A.S., POR FAVOR VERIFIQUE SU AUTENTICIDAD"

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador:

Autorizo al Dr(a) abajo mencionado(a) Profesional adscrito a MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. a realizarme el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) paraclínico(s) ocupacional(es), el cual es: promover y proteger la salud de los empleados y, por otra parte, a gestionar y disminuir riesgos, a la vez que a controlar enfermedades y accidentes laborales.

He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), la asesoría antes de las tomas de las pruebas:

BENEFICIOS:

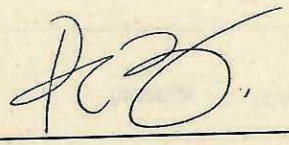
* Identifica, evalúa y controla los posibles agentes de riesgo que existan en la organización y que sean potenciales fuentes de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
* Impulsa dentro de la empresa el trabajo sano y seguro, a través de acciones preventivas.
* Promueve sistemas de organización que favorecen la salud y seguridad en el área de trabajo. Lo que sirve para aumentar la confianza y por ende la productividad.
* Mejora la salud y capacidad de cada uno de los empleados, a través de condiciones óptimas de trabajo.
* Minimiza las lesiones derivadas del trabajo.
* Reduce el ausentismo laboral y a la vez las pérdidas económicas y de producción ligadas a accidentes y enfermedades.

RIESGOS:

* Si el usuario requiere toma de muestras de laboratorio clínico, el riesgo existente es la multipunción y hematoma, según su condición actual de salud.

Entiendo que la realización de las pruebas ocupacionales es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizará el(los) examen(es) ocupacional(es).
Fui informado de las medidas que tomará MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. para proteger la confidencialidad de la información de los exámenes realizados a mí. Recibí copia de la valoración médica ocupacional.

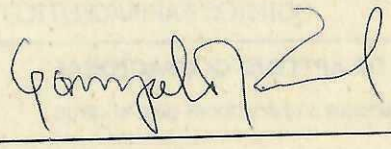
MÉDICO ESPECIALISTA:

Firma: 

Nombre: Dr(a) RAMIRO ANDRES CRUZ BORNACELLY

Registro Médico: 1143131035 Licencia Salud Ocupacional: 20532

USUARIO QUE RECIBE LA ATENCIÓN / ACUDIENTE:

Firma: 

Nombre: GONZALO RIVERA MEJIA

Documento: CC 16705473

MEDICID
Salud Ocupacional IPS S.A.S.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

No. 1



CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 (DIA)	08 (MES)	2022 (AÑO)	BUCARAMANGA (Ciudad)	Examen de Ingreso

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

Nombre de la Empresa	Centro de Trabajo - Sede
DISMEDTEC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA	BUCARAMANGA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte, PE P.E.P.)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Edad	Documento de identificación (Tipo)	(Número)
RIVERA	MEJIA	GONZALO		58 Años	CC	16705473

Cargo	Sección
QUIMICO FARMACEUTICO	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

(●) Sin limitaciones o restricciones para el cargo ( ) Con Restricciones o limitaciones para el cargo ( ) Aplazado

Se recomienda valoración por EPS: ( ) SI (●) NO

Se entrega formato de remisión a EPS: ( ) SI (●) NO

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo. T (temporal) P (Permanente)

Agentes o Factores de Riesgo	T	P	Recomendaciones
	( )	( )	

Recomendaciones:

USO ADECUADO DE EPPS, MANTENER HIGIENE POSTURAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, INFORMA SIN SINTOMAS COVID-19. CUMPLIR LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD.

EXÁMENES REALIZADOS

- [x] Examen de Ingreso
- [x] E. Médico énfasis Osteomuscular
- [x] Cuadro Hemático
- [x] Transaminasas GOT - AST
- [x] Transaminasas TGP - ALT
- [x] Fosfatasa Alcalina
- [x] Prueba de Personalidad Wartegg

Otros exámenes:

Incluir en Programas de Vigilancia Epidemiológica: [ ] Cardiovascular [ ] Osteomuscular [ ] Auditivo [ ] Visual [ ] Respiratorio

"SI ESTE DOCUMENTO NO ES ENVIADO POR MEDICID IPS S.A.S., POR FAVOR VERIFIQUE SU AUTENTICIDAD"

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador:

Autorizo al Dr(a) abajo mencionado(a) Profesional adscrito a MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. a realizarme el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) paraclínico(s) ocupacional(es), el cual es: promover y proteger la salud de los empleados y, por otra parte, a gestionar y disminuir riesgos, a la vez que a controlar enfermedades y accidentes laborales.

He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), la asesoría antes de las tomas de las pruebas:

BENEFICIOS:

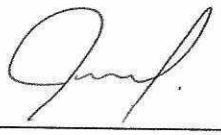
* Identifica, evalúa y controla los posibles agentes de riesgo que existan en la organización y que sean potenciales fuentes de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
* Impulsa dentro de la empresa el trabajo sano y seguro, a través de acciones preventivas.
* Promueve sistemas de organización que favorecen la salud y seguridad en el área de trabajo. Lo que sirve para aumentar la confianza y por ende la productividad.
* Mejora la salud y capacidad de cada uno de los empleados, a través de condiciones óptimas de trabajo.
* Minimiza las lesiones derivadas del trabajo.
* Reduce el ausentismo laboral y a la vez las pérdidas económicas y de producción ligadas a accidentes y enfermedades.

RIESGOS:

* Si el usuario requiere toma de muestras de laboratorio clínico, el riesgo existente es la multipunción y hematoma, según su condición actual de salud.

Entiendo que la realización de las pruebas ocupacionales es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizará el(los) examen(es) ocupacional(es).
Fui informado de las medidas que tomará MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. para proteger la confidencialidad de la información de los exámenes realizados a mí. Recibí copia de la valoración médica ocupacional.

FIRMA DEL MÉDICO ESPECIALISTA:

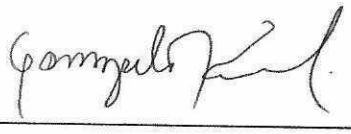


Firma: _____

Nombre: Dr(a) JOHANNA CAROLINA BARAHONA REYES

Registro Médico: 4545 Licencia Salud Ocupacional: 06214

FIRMA DEL USUARIO QUE RECIBE LA ATENCIÓN / ACUDIENTE:



Firma: _____

Nombre: GONZALO RIVERA MEJIA

Documento: CC 16705473

MEDICID
Salud Ocupacional S.A.S.

(Información Confidencial)

1. INFORMACION DEL CANDIDATO

NOMBRE	**GONZALO RIVERA MEJIA**
EDAD	**58 AÑOS**
FECHA	**31/08/2022**

2. CONCEPTO RESULTADOS TEST WARTEGG

GONZALO RIVERA MEJIA , es una persona con capacidad para estar centrado y posee una percepción positiva de sí mismo, es sensible y expresión de su afectividad, es un hombre persistente, y presenta un crecimiento sistemático de la expansión de su yo, posee pensamientos sanos, con adecuado control del estrés y manejo de la ansiedad, demuestra una necesidad de estar activo, puede presentar dificultades para canalizar su energía y enfrentar ciertos obstáculos, muestra deseo de realización intelectual y capacidad de síntesis, posee conductas afectivas positivas y capacidad de abrirse con los demás, presenta valores morales sólidos, acata patrones normas y sociales para sentirse protegido, posee una necesidad de afiliación religiosa

LEIDY VIVIANA CASTAÑO ARIAS
PSICOLOGA TP 183832

Contrato de Trabajo a Término Fijo a un Año

DISMEDTEC SAS
NIT. 901.528.368-0

NOMBRE DEL EMPLEADOR:	DISMEDTEC SAS
DIRECCION:	CALLE 63 # 28-35 CLÍNICA CHICAMOCHA SEDE CONUCOS PRIMER PISO CENTRAL DE MEZCLAS EN BUCARAMANGA SANTANDER
NOMBRE DEL EMPLEADO	GONZALO RIVERA MEJIA
DIRECCION:	CARRERA 18 AW No. 61 - 68
TELEFONOS FIJO Y CELULAR	3126828436
LUGAR, FECHA DE NACIMIENTO:	CHIMICHAGUA CESAR 14 DE ABRIL DE 1964
CEDULA DE CIUDADANIA	16705473
CARGO U OFICIO QUE DESEMPEÑARA EL TRABAJADOR:	QUIMICO FARMACEUTICO DE PRODUCCIÓN
SALARIO:	$3.800.000
FECHA DE INICIACIÓN DE LABORES:	1 DE SEPTIEMBRE DEL 2022
FECHA DE TERMINACION DE LABORES:	31 DE AGOSTO DEL 2023
CIUDAD DONDE HA SIDO CONTRATADO EL TRABAJADOR:	BUCARAMANGA SANTANDER

Entre el Empleador y el Trabajador, de las condiciones ya dichas, identificados, como aparece al pie de sus firmas, se ha celebrado el presente Contrato Individual de Trabajo, regido además por las siguientes cláusulas:

CLAUSULA PRIMERA: OBJETO. **El Empleador** contrata los servicios personales del **Trabajador** y éste se obliga:

a) A poner al servicio del **Empleador** toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva en el desempeño de las funciones propias del oficio mencionado y en las labores anexas como **QUIMICO FARMACEUTICO DE PRODUCCIÓN**, de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta **El Empleador** directamente o a través de sus representantes y de las siguientes funciones:

1. Elaborar nutriciones parenterales, preparaciones oncológicas, antibióticos, medicamentos estériles, y no estériles siguiendo los manuales y procedimientos generados para tal fin.
2. Cumplir con la Buenas Prácticas de Elaboración establecidas por el INVIMA y adoptas por el Sistema de Gestión de Calidad.
3. Informar a la Dirección Técnica todas y cada una de las actividades que se realicen en la Central de Mezclas.
4. Elaborar preparaciones magistrales extemporáneas, siguiendo los manuales y procedimientos establecidos para tal fin.
5. Velar por la correcta utilización de los equipos en cada una de las áreas informando a dirección técnica cualquier irregularidad en el funcionamiento de los mismos.

6. Apoyar a dirección técnica en el manejo y control de inventarios.
7. Usar los elementos de protección personal y el uniforme en la forma en que lo indican los procedimientos respectivos, de la misma forma velar por la correcta utilización del personal a su cargo.
8. Velar por el registro adecuado de los formatos utilizados para los controles ambientales (temperatura, humedad y diferenciales de presión).
9. Cumplir con la documentación en general establecida por el sistema de gestión de calidad y el paquete técnico.
10. Participar en las actividades de capacitación planificadas para dar cumplimiento al sistema de gestión de calidad.
11. Generar informes de aprovechamientos y velar por el ingreso de los mismos al inventario.
12. Cumplir con las demás funciones que le sean asignadas por el Director Técnico y que sean inherentes a su cargo.

b) A guardar absoluta reserva sobre los hechos, documentos, informaciones y en general, sobre todos los asuntos y materias que lleguen a su conocimiento por causa o con ocasión de su contrato de trabajo.

Parágrafo Primero: Hace parte integral del presente contrato las funciones detalladas en el manual de funciones del presente cargo.

Parágrafo Segundo: La descripción anterior es general y no excluye ni limita para ejecutar labores conexas complementarias, asesorías o similares y en general aquellas que sean necesarias para un mejor resultado en la ejecución de la causa que dio origen al contrato.

CLAUSULA SEGUNDA: REMUNERACION. El Empleador pagará al Trabajador por la prestación de sus servicios el salario indicado, pagadero en las oportunidades mensualmente.

Parágrafo: El Trabajador autoriza al **Empleador** para que la retribución, así como cualquier otro beneficio, sea prestacional, descanso vacaciones etc. originado en la existencia y/o terminación del contrato sean consignadas o trasladadas a cuenta que desde ya el **Trabajador** autoriza al **Empleador** para que sea abierta a su nombre en una institución financiera.

CLAUSULA TERCERA: TRABAJO NOCTURNO, SUPLEMENTARIO, DOMINICAL Y/O FESTIVO. Para el reconocimiento y pago del trabajo suplementario, nocturno, dominical o festivo, El **Empleador** o sus representantes deberán haberlo autorizado previamente y por escrito. Cuando la necesidad de este trabajo se presente de manera imprevista o inaplazable, deberá ejecutarse y darse cuenta de él por escrito, a la mayor brevedad, al Empleador o sus representantes para su aprobación. El **Empleador**, en consecuencia, no reconocerá ningún trabajo suplementario, o trabajo nocturno o en días de descanso legalmente obligatorio que no haya sido autorizado previamente o que, habiendo sido avisado inmediatamente, no haya sido aprobado como queda dicho. Tratándose de trabajadores de Dirección, confianza y Manejo, no habrá pago a horas Extras. El **Empleador** fijará las jornadas laborales de acuerdo a las necesidades del servicio pudiendo variarlas durante la ejecución del presente contrato.

CLAUSULA CUARTA: JORNADA DE TRABAJO. El Trabajador se obliga a laborar la jornada **Tiempo Completo,** equivalente a 48 horas semanales laboradas: De lunes a sábado, detallados de la siguiente manera: lunes a viernes mañana: de 7:30 am a 12 pm., Tarde: de 2:00 pm. a 6:00 pm. Sábados: de 7:30 a 12:00 pm. salvo estipulación expresa y escrita en contrario, en los turnos y dentro de las horas señalados por **El Empleador**, pudiendo hacer éste los ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria en la forma prevista en la ley, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma.

CLAUSULA QUINTA: PERIODO DE PRUEBA. Los primeros **2 meses** del presente contrato se consideran como período de prueba y, por consiguiente, cualquiera de las partes podrá terminar el contrato unilateralmente, en cualquier momento durante dicho período, sin que se cause el pago de indemnización alguna.

CLAUSULA SEXTA: DURACION DEL CONTRATO. La duración inicial del contrato será de un (1) año a término fijo. Si antes de la fecha de vencimiento de este término, ninguna de las partes avisare por escrito a la otra su determinación de no prorrogar el contrato con antelación no inferior a (30) días, éste se entenderá prorrogado por un período igual al inicialmente pactado.

CLAUSULA SEPTIMA: OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR.

a. Las establecidas en la Ley Laboral, reglamento interno de trabajo y el cumplimiento de las instrucciones emitidas por el Empleador en transcurso del desarrollo del Contrato Laboral.

b. Suscribir el acuerdo de Confidencialidad determinado por **El Empleador.**

c. No ejercer actos de Competencia desleal frente al **Empleador.**

d. Respetar los sitios de trabajo asignados por **El Empleador**, cumpliendo con las directrices de dichas Empresas.

e. Tener una excelente presentación personal.

d. Cumplir con los horarios estipulados por **El Empleador**.

f. Demás obligaciones inherentes al presente Contrato Laboral.

CLAUSULA OCTAVA: TERMINACION UNILATERAL. Son justas causas para dar por terminado unilateralmente este contrato, por cualquiera de las partes, las que establece la Ley, el reglamento interno, el presente contrato y/o las circulares que a lo largo de la ejecución del presente contrato establezcan conductas no previstas Expresamente se califican en este acto como **faltas graves** la violación a las obligaciones y prohibiciones descritas y además las siguientes:

- Desatender las actividades de capacitación programadas por el Empleador así sea en horario diferente a la ordinaria.
- La mala atención y desinterés en las labores encomendadas.
- En caso de laborar en turnos, efectuar cambios sin la debida autorización del jefe inmediato.
- Llegar tarde al sitio de trabajo.
- No cumplir con las normas de seguridad industrial en los sitios de trabajo/obra negra y negarse a cumplir con los protocolos y procesos para la prestación de servicios encomendados, y demás establecidos por la empresa en desarrollo de su objeto social.
- Desatender las obligaciones antes mencionadas constituye justa causa para dar por terminado el contrato por parte del **Empleador**.
- Violar el acuerdo de confidencialidad determinado por la Empresa.

CLAUSULA NOVENA: TRASLADOS: Desde ya el **Trabajador** acuerda que el **Empleador** podrá trasladarlo desde el lugar, cargo y/o sitio de trabajo de acuerdo a las necesidades del servicio siempre y cuando no se menos cabe el honor, la dignidad o se produzca una desmejora sustancial o grave perjuicio con ocasión a la citada orden. El **Empleador** está obligado a asumir los gastos originados en el traslado. Siempre que sea una decisión unilateral de la Empresa.

CLAUSULA DECIMA: BENEFICIOS EXTRALEGALES. El **Empleador** podrá reconocer beneficios, primas, prestaciones de naturaleza extra legal, lo que se hace a título de mera liberalidad y estos subsistirán hasta que el **Empleador** decida su modificación o supresión, atendiendo su capacidad, todos los cuales se otorgan y reconocen, y el trabajador así lo acuerdan sin que tengan carácter salarial y por lo tanto no tienen efecto prestacional o

incidencia en la base de aportes en la seguridad social o parafiscal en especial éste acuerdo se refiere a auxilios en dinero o en especie, primas periódicas o de antigüedad o en general beneficios de esa naturaleza los que podrán ser modificados o suprimidos por el **Empleador** de acuerdo con su determinación unilateral tal como fue otorgado.

CLAUSULA DECIMA PRIMERA: DESCUENTOS: El **Trabajador** autoriza para que el **Empleador** descuente cualquier suma de dinero que se cause dentro de la existencia y terminación del contrato de trabajo ya sea por concepto de préstamos, alimentación a bajo costo, bonos de alimentación, vivienda, utilización de medios de comunicación, aportes bienes dados a cargo y no reintegrados, u otros que se presenten en ejercicio de la labor que desarrolla. Este descuento se podrá realizar de la nómina mensual o de las prestaciones sociales, indemnizaciones, descansos o cualquier beneficio que resulte con ocasión de la existencia o terminación del contrato por cualquier motivo.

CLAUSULA DECIMA SEGUNDA: MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES LABORALES. El **Trabajador** acepta desde ahora expresamente todas las modificaciones determinadas por el **Empleador**, en lo referente a sus condiciones laborales, tales como la jornada de trabajo, el lugar de prestación de servicio, el cargo u oficio y/o funciones y la forma de remuneración, siempre que tales modificaciones no afecten su honor, dignidad o sus derechos mínimos ni impliquen desmejoras sustanciales o graves perjuicios para él, de conformidad con lo dispuesto en la ley.

CLAUSULA DECIMA TERCERA: DIRECCION DEL TRABAJADOR. El **Trabajador** se compromete a informar por escrito al **Empleador** cualquier cambio de dirección teniéndose como suya, para todos los efectos, la última dirección registrada en la Empresa.

CLAUSULA DECIMA CUARTA: INVENCIONES. Las invenciones realizadas por **El Trabajador** le pertenecen a la Empresa siempre y cuando estas sean realizadas con ocasión y dentro de la ejecución del contrato de trabajo, y como parte del cumplimiento de las obligaciones del cargo. También lo son aquellas que se obtienen mediante los datos y medios conocidos o utilizados en razón de la labor desempeñada.

CLAUSULA DECIMA QUINTA: DERECHOS DE AUTOR. Los derechos patrimoniales sobre las obras, diseños, invenciones, investigaciones, etc. creadas por el **Trabajador** en ejercicio de sus funciones o con ocasión ellas pertenecen al **Empleador.**

CLAUSULA DECIMA SEXTA: SISTEMA DE AUTOCONTROL Y GESTIÓN DEL RIESGO INTEGRAL LA/FT/FAPDM SAGRILAFT. El empleado manifiesta bajo la gravedad de juramento, que: 1. Que no pertenece ni ha pertenecido a un grupo terrorista, que no pertenece ni ha pertenecido a un grupo armado al margen de la ley. 2. Los recursos que componen mi patrimonio no provienen de Lavado de Activos, o la Financiación del Terrorismo, y en general de cualquier actividad ilícita contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo modifique o adicione; 3. Que no me encuentro incluido(a) dentro de la lista de personas sospechosas por lavado de activos o vínculos con el narcotráfico o grupos terroristas elaboradas por la Unión Europea, ni por la Oficina para el Control de Activos Extranjeros del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América (OFAC, por sus siglas en ingles), Lista de Nacionales Especialmente Designados (SDN, por su siglas en ingles), también conocida como "Lista Clinton" o de alguna otra de igual o similar naturaleza, de carácter nacional o internacional, que haya sido sentenciado judicialmente o haya sido extraditado por cualquier delito relacionado con lavado de activos y/o otra conducta que afecte contra el patrimonio público y privado. 4. Los recursos recibidos en desarrollo de este contrato, no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas 5. Que los datos acá consignados son ciertos, y que autoriza al EMPLEADOR para su verificación ante cualquier persona natural y/o jurídica, privada y/o publica, nacional y/o extranjera, sin limitación alguna. En caso de comprobarse lo contrario EL EMPLEADOR procederá a adelantar las acciones contractuales y/o legales que correspondan. EL EMPLEADO se obliga a cumplir con toda la normatividad relacionada con el Manual del

Sistema de Autocontrol y Gestión del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, y en los procesos que estén a su cargo dentro del desarrollo de sus funciones, las disposiciones contenidas en el mencionado Manual son de estricto cumplimiento por parte del EMPLEADO, por lo tanto, su violación o incumplimiento se considerará una falta grave y se configura como justa causa de terminación del contrato por parte del EMPLEADOR.

CLAUSULA DÉCIMA SÉPTIMA: Reglas ANTIFRAUDE, ANTICORRUPCION, SOBORNO NACIONAL Y TRASNACIONAL. El empleado se obliga para con el empleador, que en todas las relaciones contractuales que se celebren, se basarán en todo momento en los principios de ética y buena conducta, previa y durante la ejecución del contrato y su liquidación, en consecuencia informará frente a cualquier hecho o fraude, corrupción o conductas de soborno transnacional que conozca y se abstendrá de no ofrecer, pagar o solicitar, ningún tipo de dadiva o cualquier otra forma de pago ilegal a su favor o favor de terceros, empleados, accionistas, administradores o representantes de la empresa para iniciar, obtener o retener cualquier tipo de negocio o actividad comercial.

PARAGRAFO PRIMERO: El ofrecimiento o la solicitud de pagos o sobornos nacionales y/o transnacionales según Ley 1778 de 2016 o cualquier otra forma de pago ilegal, favor o dadiva generaran el incumplimiento de las reglas de ética en los negocios y se constituirá en una justa causa de terminación del contrato.

CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA: TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES. Por medio del presente contrato el empleado autoriza al empleador para tratar los datos personales que se suministren en desarrollo de la presente relación laboral, durante todo el tiempo de permanencia en la entidad y después de terminada la relación siempre y cuando exista deber de conservación legal o contractual por parte de la empresa. La autorización de datos personales se otorga por parte del EMPLEADO dentro de lo descrito por la Política de protección de datos personales, que es conocida por éste (EMPLEADO) y se ajusta a lo prescrito ley 1581 de 2012. De igual forma el empleado que sin estar facultado para ello destruya, dañe, borre, deteriore, altere o suprima datos informáticos o un sistema de tratamiento de información, sus partes o componentes lógicos, podrá ser denunciado penalmente por el delito de daño informático. Así mismo, el empleado(a) que, sin estar facultado para ello con provecho propio o de un tercero obtenga, compile, sustraiga, ofrezca, venda, intercambie, envíe, compre, intercepte, divulgue, modifique o emplee códigos personales, datos personales contenidos en ficheros, archivos, bases de datos o medios semejantes, podrá ser denunciado por la conducta de violación de datos personales. En todos los casos el empleado(a) podrá hacer uso de sus derechos de Habeas Data (conocer, actualizar y rectificar su información) con excepción a lo establecido por ley.

CLAUSULA DÉCIMA NOVENA: CONFIDENCIALIDAD: EL TRABAJADOR se abstendrá durante la vigencia del presente contrato o con posterioridad a su terminación por cualquier causa de: revelar, suministrar, vender, arrendar, publicar, copiar, reproducir, remover, disponer, transferir y en general utilizar directa o indirectamente en favor propio o de otras personas en forma total o parcial; cualquiera que sea su Finalidad, información confidencial de la empresa o propiedad intelectual del **EMPLEADOR** a la cual tenga acceso o de la cual tenga conocimiento en desarrollo de su cargo o con ocasión de este sin que medie autorización previa, expresa y escrita del **EMPLEADOR** para el efecto. Así mismo, el **TRABAJADOR** se abstendrá de servirse de la información relacionada anteriormente con el fin de direccionar mercados. **EL TRABAJADOR** declara que conoce y entiende las normas legales sobre propiedad intelectual y competencia desleal comprometiéndose por tanto a cumplirlas durante la ejecución de su contrato de trabajo y con posterioridad a su terminación. **PARAGRAFO PRIMERO**: **EL TRABAJADOR**, a la terminación de su contrato de trabajo por cualquier causa devolverá inmediatamente al **EMPLEADOR** cualquier documento, información o elemento que le haya sido entregado para efecto del

cumplimiento de sus funciones. **PARÁGRAFO SEGUNDO** Las partes acuerdan expresamente que el incumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente cláusula es considerado como una falta grave y en tal sentido justa causa para la terminación del contrato de trabajo de acuerdo con lo dispuesto en el numeral 6 del literal a), Artículo 7 del Decreto Ley 2351 de 1965, en concordancia con el numeral 1 del Artículo 58 del C.S.T. Lo anterior sin perjuicio de las acciones civiles o penales que puedan emprenderse contra el **TRABAJADOR** por parte del EMPLEADOR o de terceros como consecuencia de dicho incumplimiento. Esta cláusula de confidencialidad tendrá vigencia por el término de duración del contrato de trabajo suscrito entre las partes y quince (15) años más, contados a partir de la terminación del mismo.

CLAUSULA VIGESIMA: EFECTOS. El presente contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto cualquiera otro contrato, verbal o escrito, celebrado entre las partes con anterioridad, pudiendo las partes convenir por escrito modificaciones al mismo, las que formarán parte integrante de este contrato.

El Empleador
JUAN SEBASTIAN FRANCO HARKER
C.C. 1.098.646.267
R/L DISMEDTEC SAS
NIT. 901.528.368-0

El Trabajador
GONZALO RIVERA MEJIA
CC. 16.705.473