



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

<b>PRIMER APELLIDO</b> GALINDO		<b>SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)</b> TOVAR		<b>NOMBRES</b> MARIA LOURDES	
<b>DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</b> C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 40.731.758			<b>SEXO</b> F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	<b>NACIONALIDAD</b> COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	<b>PAÍS</b>
<b>LIBRETA MILITAR</b> PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____					
<b>FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO</b> FECHA DÍA 01 MES 05 AÑO 1979 PAÍS COLOMBIA DEPTO CAQUETÁ MUNICIPIO EL DONCELLO			<b>DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA</b> TRANSVERSAL 12 #11-36 JUAN XXIII PAÍS COLOMBIA DEPTO CAQUETÁ MUNICIPIO FLORENCIA TELÉFONO 322 3949950 EMAIL mariagalindo375@gmail.com		

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

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

<b>EDUCACIÓN BÁSICA</b>										<b>TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADÉMICO</b>		
<b>PRIMARIA</b>					<b>SECUNDARIA</b>					<b>MEDIA</b>		<b>FECHA DE GRADO</b>
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 06	AÑO 2000

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:  
**TC** (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),  
**ES** (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),  
 RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN			No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO		
TC	03	X		Auxiliar en Enfermería	12	2002	2	

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

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

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
<b>EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE</b>			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDAFES		<input checked="" type="checkbox"/>	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Caquetá	Florencia	contactenos@fundafes.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
316 6939571	DÍA 26 MES 01 AÑO 2018		DÍA 31 MES 12 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Auxiliar en Enfermería		Calle 27 #20-65 Acolsure	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
MEDICINA DOMICILIARIA		<input checked="" type="checkbox"/>	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Caquetá	Florencia	info@mdcsas.com.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
(8) 4376902	DÍA 26 MES 05 AÑO 2016		DÍA 31 MES 08 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Admon. Plan de Manejo de Paciente		Cra. 9A #5B-80 La Estrella	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SINERGIA SALUD		<input checked="" type="checkbox"/>	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Caquetá	Florencia		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
3180038	DÍA 01 MES 04 AÑO 2008		DÍA 01 MES 06 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Auxiliar en Enfermería			

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD <b>CLINICA EL DONCELLO IPS</b>	PÚBLICA	PRIVADA <b>X</b>	PAÍS <b>Colombia</b>
DEPARTAMENTO <b>Caquetá</b>	MUNICIPIO <b>El Doncello</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <b>431 0075</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <b>01</b> MES <b>01</b> AÑO <b>2004</b>		FECHA DE RETIRO DÍA <b>30</b> MES <b>08</b> AÑO <b>2006</b>
CARGO O CONTRATO ACTUAL <b>Auxiliar en Enfermería</b>	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**  
Persona Natural  
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

**4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
EMPLEADO SECTOR PRIVADO	11	13
EMPLEADO SECTOR PÚBLICO		
INDEPENDIENTE		
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	<b>11</b>	<b>13</b>

**5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

*Marin Lourdes Galindo T*

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

**6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

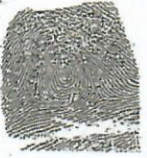
REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **40731758**

APELLIDOS **GALINDO TOVAR**

NOMBRES **MARIA LOURDES**

*Maria Lourdes Galindo T*  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **01-MAY-1979**


**EL DONCELLO**  
(CAQUETA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.56**      **O+**      **F**  
ESTATURA      G. S. RH      SEXO

**05-JUL-1997 EL DONCELLO**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
IVAN GONZALEZ ESCOBAR



A-4400100-70085291-F-0040731758-20010831      01585 01230N 02 005156036



Escuela de Salud  
*María Auxiliadora*

**ACTA DE GRADO No. 165**

La Escuela de Salud María Auxiliadora, Institución con Autorización Oficial otorgada por el Ministerio de Salud mediante Acuerdo Ejecutivo No. 045 y licencia de funcionamiento otorgada por la Secretaría de Educación del Caquetá, según resolución No. 00805 en atención a que el estudiante.

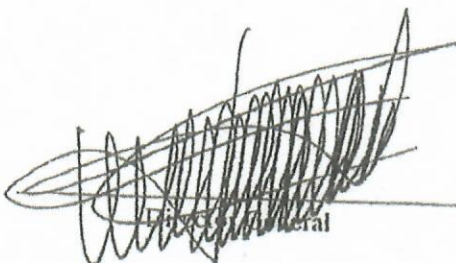
**MARIA LOURDES GALINDO TOVAR**

C.C. No. 40.731.758 de Florencia-Caquetá

Culminó satisfactoriamente sus estudios y cumplió todos los demás requisitos legales y reglamentarios, le confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional de: **Tecnico en**

**AUXILIAR DE ENFERMERIA**

Testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta a los 13 días del mes de Diciembre de 2002

  
Director General

  
Secretario



# MA

República de Colombia

## La Escuela de salud María Auxiliadora



Con Autorización Oficial Mediante Acuerdo Ejecutivo No. 045 del Ministerio de Salud  
Resolución No. 00825 del 9 de Octubre de 2001 emanada por la Secretaría de Educación del Caquetá

Veniendo en cuenta que:

# Maria Lourdes Galindo Covar

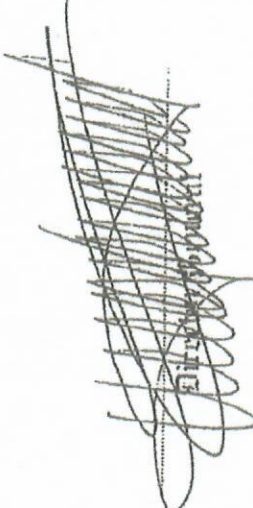
C.C. 40'731.758 de Florencia

Culminó satisfactoriamente sus estudios y cumplió con todos los demás requisitos legales y reglamentarios,  
le confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional en:

## Técnico en Auxiliar de Enfermería

En Constancia de lo anterior se expide el presente certificado en la ciudad

de Florencia a los 13 días del mes de Diciembre de 2002

  
Director Administrativo

  
Secretaria



Anotado al libro de registro No. 1

Folio No. 165

No. 165



NIT. 900678496 – 4

Florencia, 27 de enero del 2021

**EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE LA FUNDACION PLAN PADRINOS EN SALUD,  
EDUCACION Y DESARROLLO SOCIAL (SIGLA PESES)  
NIT. 900678496 – 4**

**CERTICA QUE:**

**MARIA LOURDES GALINDO TOVAR**

Identificado con C.C. 40.731.758 de El Doncello/Caquetá

Se encuentra inscrita en nuestra institución para realizar los talleres de **TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO, SOPORTE VITAL BÁSICO, PRIMEROS AUXILIOS, ATENCION AL ADULTO MAYOR Y ATENCION AL USUARIO Y HUMANIZACION EN LA ATENCION DE LOS SERVICIOS DE SALUD**, iniciados el día 27 de enero y los cuales finalizarán el día 05 de febrero del 2021.

La presente se entrega por solicitud de la interesada para fines pertinentes.

Atentamente,

  
**JELMO ENRIQUE POLO PEREA**  
Representante Legal  
FUNDACION PESES

CALLE 5 No 6ª BIS – 86 BARRIO PRIMAVERA  
E-mail [peses.polo@gmail.com](mailto:peses.polo@gmail.com) cel. 3203455675  
Fundación peses (plan padrinos en salud, educación y desarrollo social)  
**PARA SU BIENESTAR**

# FUNDACION PESES

(PLAN PADRINOS EN SALUD EDUCACION Y DESARROLLO SOCIAL)

NIT. 900 678496 - 4

FUNDACION  
**PESES**

*Para su bienestar*

## CERTIFICA QUE:

**MARIA LOURDES GALINDO TOVAR**

C.C. 40.731.758 DE EL DONCELLO – CAQUETA

Realizó el seminario taller en **SOPORTE VITAL BASICO** con una intensidad de 30 horas, desarrollado los días 24 y 25 del mes de enero del año 2020.



**JELMU ENRIQUE POLO PEREA**

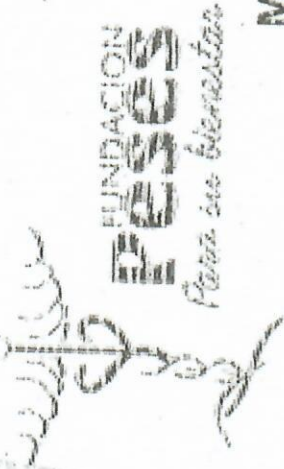
Representante Legal y tallerista

DIRECCION: CALLE 5 No 6ª BIS – 86 B/ PRIMAVERA  
E-mail: peses.polo@gmail.com – celular: 3203455675 – teléfono: 4356058

# FUNDACION PESES

(PLAN PADRINOS EN SALUD EDUCACION Y DESARROLLO SOCIAL)

NIT. 900 678496 - 4



**CERTIFICA QUE:**

**MARIA LOURDES GALINDO TOVAR**

C.C. 40.731.758 DE EL DONCELLO – CAQUETA

Realizó el seminario taller en **ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL** con una intensidad de 12 horas, desarrollado el día 28 del mes de enero del año 2020.

**JELMU ENRIQUE POLO PEREA**

Representante Legal y tallerista

DIRECCION: CALLE 5 No 6° BIS – 86 B/ PRIMAVERA  
E-mail: peses.polo@gmail.com – celular: 3203455675 – teléfono: 4356058



Libertad y orden  
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

*Hace constar que*

**MARIA LOURDES GALINDO TOVAR**

*Con Cedula de Ciudadanía No. 40731758*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

**ADMINISTRACION DE INMUNOBIOLOGICOS EN EL MARCO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION**  
*con una duración de 60 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Florencia, a los cuatro (4) días del mes de septiembre de dos mil diecinueve (2019)*

Firmado Digitalmente por

IRMA OMAIRA MAYA

Subdirectora (E)  
CENTRO TECNOLÓGICO DE LA AMAZONIA  
REGIONAL CAQUETA

62931427 - 04/09/2019  
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9516001971769CC40731758C.

CORPOMEDICA UBA

Nit: 828000073-1

Programa de Promocion y Prevencion

Certifica Qué:

**María Lourdes Galindo Tovar**

c.c. 40.731.758

Quien participó en la capacitación "Tamizaje Visual y Detencion de alteraciones de agudeza visual" Con una intensidad de 3 horas. el día viernes 22 de julio de 2005 en las instalaciones de CORPOMEDICA UBA



Dr. Fabio Espinoza  
Optómetra



Martha Liliana Espinel Garnica  
Gerente



Giovanna Garcia Trilleras  
Coord. Promocion y Prevención



República de Colombia, Departamento del Cauca  
y en su nombre

Fundación Pedagógica para  
El Desarrollo del Talento Humano  
**FUNPETH**



Personería Jurídica N° 3752 de Mayo de 2009, Concepto Técnico Favorable. Acuerdo 0302 del 30 de Junio de 2010, emanado por el Ministerio de la Protección Social y Ministerio de Educación Nacional

Otorga Certificado A:

**María Lourdes Galindo Tobar**

C.C N° 40.731.758

Asistió y Aprobó el:

**Curso en Administración de Planes De  
Manejo para Pacientes**

Se acredita 50 horas, realizado el 16 de Marzo de 2017 en Florencia, Cauca

Johanna Rudelman Rodríguez  
Rectora



FES-CERT-2020-015

**EL SUSCRITO ASESOR JURÍDICO DE LA FUNDACIÓN PARA LA SALUD, EDUCACIÓN Y  
DESARROLLO INTEGRAL DE LAS ORGANIZACIONES SOCIALES-FUNDAFES**

**NIT. 900 582 157-9**

**CERTIFICA:**


Que el (la) señor (a) **MARIA LOURDES GALINDO TOVAR**, identificado (a) con cédula de ciudadanía N° **40731758**, suscribió con la Fundación para la Salud, Educación y Desarrollo Integral de las Organizaciones Sociales – **FUNDAFES**, los siguientes contratos de prestación de servicios profesionales, con sus respectivas adiciones:

N° DE CONTRATO	CARGO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN
<b>CBA-037</b>	<b>AUXILIAR DE ENFERMERIA</b>	03 de julio de 2019	31 de diciembre de 2019
<b>CBA-005</b>	<b>AUXILIAR DE ENFERMERIA</b>	03 de enero de 2019	02 de julio de 2019
<b>CBA-008</b>	<b>AUXILIAR DE ENFERMERIA</b>	26 de enero de 2018	31 de diciembre de 2018

Que, durante la ejecución de los contratos, en el Centro de Bienestar del Adulto mayor asignado, de la ciudad de Florencia, Caquetá, se cumplieron a cabalidad con las obligaciones asumidas por parte del (la) contratista, quien a su vez se caracterizó por mantener buenas relaciones interpersonales y demostrar ser persona honesta y responsable en su desempeño.

La presente certificación, se expide en Florencia, Caquetá, a los catorce (14) días del mes de enero de dos mil veinte (2020), con destino a la hoja de vida.

Atentamente,

  
**FABIÁN ORLANDO PALACIOS ORTIZ**

Asesor Jurídico

**FUNDAFES**

Cel. 3103394801

juridicofes@gmail.com

**Sirviendo Con Amor**

Oficina: Calle 27 No. 20-65 B/ Acaisure Florencia, Celular: 3166939571 - 3134617518

Email: [contactenos@fundafes.com](mailto:contactenos@fundafes.com)

*¡valoramos su salud!*



¡valoramos su salud!  
NIT. 900 348 416-1

**MEDICINA DOMICILIARIA DE COLOMBIA S.A.S**

**CERTIFICA**

Que la Sra. MARIA LOURDES GALINDO TOVAR identificada con cedula de ciudadanía n° 40.731.758 de Doncello, trabajó en MEDICINA DOMICILIARIA DE COLOMBIA S.A.S con Nit 900.348.416-1 a través de un contrato por prestación de servicios profesionales desde el 26 de Mayo de 2016 hasta el 31 de Agosto de 2017, con el cargo de **ADMINISTRADOR DE PLAN DE MANEJO DE PACIENTES**.

Dada en Florencia- Caquetá, a los trece (13) días del mes de enero del 2020.

Atentamente,

**DINA LUZ PERDOMO NARVAEZ**  
Gestora De Talento Humano  
Medicina Domiciliaria de Colombia S.A.S

SEDE POPAYÁN  
Cra 6 # 50N -10  
Troncal Cauca, Popayan  
(0928)232242 - 310 380 6560

SEDE BORDO  
Cra 1 # 11 - 28  
El Jardín  
3103806564

SEDE CALI  
Cra 66 # 9-10  
El Limonar, Cali  
(092)3799383-3218517595

SEDE BUENAVENTURA  
Cra45 # 6a - 04  
Las Olas  
310 4268075

SEDE FLORENCIA  
Cra 9A # 5B - 80  
La Estrella  
(098)4376902-3137677552

[info@mdcsas.com.co](mailto:info@mdcsas.com.co)



**Sinergia  
Salud**

**CERTIFICA QUE:**

Que el (la) señor(a) MARIA LOURDES GALINDO TOVAR, identificado(a) con CC-Cédula de ciudadanía No.40731758 de FLORENCIA - CAQUETA, prestó sus servicios a SINERGIA GLOBAL S.A.S, entre el 01 de Abril de 2008 y el 01 de Junio de 2014.

Al momento de su retiro se encontraba desempeñando el cargo de AUXILIAR ENFERMERIA UND PAL UBA LOURDES BOG, devengando un salario por Valor de \$942.666 Motivo del retiro Renuncia Voluntaria.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, el día 19 de Junio de 2014, con destino a Quien Pueda Interesar.

Atentamente,

**LILIANA SAPUY NIETO  
COORDINADOR NACIONAL DE NOMINA**

Para información adicional, comunicarse al Teléfono: 318-00-38 Ext. 39102 Cali  
Horario de atención: lunes a viernes de 7:30a.m. a 12:20p.m. y de 1:30p.m. a 5:30p.m.




**EL DONCELLO** IPS

EL MEDICO DIRECTOR DE LA  
CLINICA EL DONCELLO I.P.S.

CERTIFICA

Que la señora MARIA LOURDES GALINDO TOVAR, identificada con la cedula de ciudadanía numero 40.731.758 de El Doncello caquetá, laboro en esta empresa desde enero de 2004 hasta el 30 de agosto de 2006 desempeñando el cargo de auxiliar de enfermería en el área de promoción y prevención atendiendo programas HTA Y DM a los adultos ( seguimientos a inasistentes, visita domiciliaria para promover adherencia a los programas, talleres educativos de sensibilización).  
Control de crecimiento y desarrollo, planificación familiar, control prenatal y área de urgencias.

Cordialmente

  
CRISTIAN NAVAS RUEDA  
MEDICO DIRECTOR

Dr. CRISTIAN NAVAS RUEDA  
MEDICO DIRECTOR  
CLINICA EL DONCELLO IPS  
R.M. 7084 / 85

Radiología - Laboratorio Clínico Completo - Electrocardiografía - Terapia Respiratoria - Medicina General y Especializada

Avenida 4 No. 3 - 63/67 - Teléfono: 431 0075 - Fax 431 0775 - EL DONCELLO - CAQUETÁ

2. Concepto  Actualización

4. Número de formulario

14736678765



5. Número de Identificación Tributaria (NIT)  
4 0 7 3 1 7 5 8

6. DV  
6

12. Dirección seccional  
Impuestos y Aduanas de Florencia

14. Buzón electrónico  
2 8

**IDENTIFICACIÓN**

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida  
25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía  
26. Número de Identificación: 4 0 7 3 1 7 5 8  
27. Fecha expedición: 1 9 9 7 0 7 0 5

Lugar de expedición: COLOMBIA  
28. País: COLOMBIA  
29. Departamento: Caquetá  
30. Ciudad/Municipio: El Doncello

31. Primer apellido: GALINDO  
32. Segundo apellido: TOVAR  
33. Primer nombre: MARIA  
34. Otros nombres: LOURDES

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

**UBICACIÓN**

38. País: COLOMBIA  
39. Departamento: Caquetá  
40. Ciudad/Municipio: Florencia

41. Dirección principal: TV 12 11 36 BRR JUAN XXIII

42. Correo electrónico: mariagalindo375@gmail.com

43. Código postal  
44. Teléfono 1: 3 2 2 3 9 4 9 9 5 0  
45. Teléfono 2

**CLASIFICACIÓN**

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	51. Código
8 6 9 2	2 0 0 2 0 1 0 2			1 2	5 1 3 2

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

53. Código: 4 9  
49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

**Obligados aduaneros**

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

**Exportadores**

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

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

59. Anexos SI  NO  60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2021 - 01 - 27 / 17 : 11: 04

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.  
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016  
Firma del solicitante:

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

984. Nombre GALINDO TOVAR MARIA LOURDES  
985. Cargo CONTRIBUYENTE



Creando Oportunidades

**BBVA Colombia**  
**NIT 860.003.020-1**  
**Certifica**

Que nuestro(a) cliente **MARIA LOURDES GALINDO TOVAR**, identificado(a) con **cédula de ciudadanía número 40.731.758** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 364312967** apertura el **12 de febrero del 2015**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **28** días del mes de **enero** del año **2021**.

---

**Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:**

Cuenta de 10 dígitos: **0364312967**

Cuenta de 16 dígitos: **0364000200312967**

Cuenta de 20 dígitos: **00130364000200312967**


---

Firma autógrafa

---

Responsable servicio al cliente  
**BBVA Colombia**

*Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.*

	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL República de Colombia	FORMATO Anexo No. 1 Datos Básicos Creación Beneficiario Cuenta SIIF Nación	Página 1 de 1 Código 47 - PFMDNSGDF - F022 - 02 Vigente a partir de: 15 OCT 2015
---	---	---	--

CIUDAD	FLORENCIA CAQUETÁ	FECHA	27/01/2021
--------	-------------------	-------	------------

**I. DOCUMENTOS A ADJUNTAR**

<b>PERSONA JURÍDICA NACIONAL O EXTRANJERA</b> Fotocopia Cédula de Ciudadanía Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)	<b>PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA</b> Fotocopia Cédula de Ciudadanía Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT) (si es contratista). Fotocopia de la cédula de extranjería, licencia u otro documento que aporte al extranjero.
<b>CONSORCIO O UNION TEMPORAL</b> Aplica para los participantes y representantes legales del Consorcio o Unión Temporal. Fotocopia Cédula de Ciudadanía Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)  Documento de constitución del Consorcio o Unión Temporal	Nota: La fotocopia de la cédula de ciudadanía no puede ser reemplazada por otro documento.

Los terceros naturales nacionales o extranjeros; jurídicos nacionales o extranjeros, deben solicitar a la entidad financiera que la certificación bancaria sea con el número de identificación que aparece registrado en el RUT. Así mismo, que el original de la certificación bancaria indique que la cuenta está activa, vigente y que su expedición no sea mayor a 30 días. Los Consorcios o Uniones Temporales podrán presentar la certificación bancaria de uno de los integrantes, de acuerdo a lo establecido en el documento de constitución.

**II. INFORMACION BASICA**

<b>2.1 DATOS PERSONA NATURAL O JURÍDICA NACIONAL O EXTRANJERA</b>		Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno Número:
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: <u>MARÍA LOURDES GALINDO TOVAR</u>		
Tipo documento de identificación:		
Cédula de Ciudadanía:	<input checked="" type="checkbox"/>	No. <u>40.731.758</u>
Cédula de Extranjería:	<input type="checkbox"/>	No. _____
Nit Persona Jurídica:	<input type="checkbox"/>	No. _____
Nit Persona Natural:	<input type="checkbox"/>	No. _____
Pasaporte:	<input type="checkbox"/>	No. _____
Registro Civil:	<input type="checkbox"/>	No. _____
Tarjeta de Identidad:	<input type="checkbox"/>	No. _____
Otro Tipo Documento:	<input type="checkbox"/>	No. _____

**VII. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA**

Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno Número:		
Entidad Financiera	<u>BBVA</u>	Número de Cuenta <u>364312967</u>
Tipo de la cuenta bancaria	<u>Corriente</u>	Ahorro <input checked="" type="checkbox"/>

**Certifico que la información aquí consignada es legítima y me responsabilizo de la misma para efectos legales**

  
 MARIA LOURDES GALINDO TOVAR  
 NOMBRE Y FIRMA DEL TERCERO (PROVEEDOR)

**NOTA 1:** el único formato válido para la creación de terceros en el sistema SIIF-Nación es el presente.  
**NOTA 2:** la información aquí consignada no debe tener borrones, tachones o enmendaduras. El incumplimiento de los requisitos antes exigidos será causal de rechazo.

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y  
REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva  
eps  
gente cuidando gente  
NIT 900.156.264-2

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE A. AFILIACIÓN <input type="checkbox"/> B. REPORTE DE NOVEDADES <input checked="" type="checkbox"/>		2. TIPO DE AFILIACIÓN A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia <input type="checkbox"/> b) Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>		3. RÉGIMEN C. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> S. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. TIPO DE AFILIADO CO Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> CF Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> BE Beneficiario <input type="checkbox"/>		5. TIPO DE COTIZANTE A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		CÓDIGO C1963	
FECHA DE LA SOLICITUD 27 A 01 MES 2021					

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS PRIMER APELLIDO GALINDO SEGUNDO APELLIDO TOVAR PRIMER NOMBRE MARIA SEGUNDO NOMBRE LOURDES	
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD R.C. T.I. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. P.A. C.D. S.C.	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 40731758
9. SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	10. FECHA NACIMIENTO 01 A 05 MES 1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO	12. DISCAPACIDAD Tipo F N M Condición T P	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC 908526	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA TRV 12 N 11 36	ZONA U. <input checked="" type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/>	LOCALIDAD / COMUNA BARRIO VILLA MOI CÓDIGO IPS 6592
Ciudad / Municipio FLORENCIA	DEPARTAMENTO CAQUETA	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL 3223949950	CORREO ELECTRÓNICO mariagalindo375@gmail.com

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO	23. FECHA NACIMIENTO

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales:

24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS		25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. ÉTNIA	31. DISCAPACIDAD
32. DATOS DE RESIDENCIA		33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)		34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud (IPS)		NIVEL DE SISBEN		GRUPO POBLACIONAL

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

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	Ciudad / Municipio	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	01 A 02 2021	CARGO	INDEPENDIENTE	SALARIO

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD	41. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	42. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES	43. MOVILIDAD
44. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	45. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	46. INICIO DE RELACION LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR	47. A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
48. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS	49. TERMINACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS	49. TERMINACIÓN DE LA RELACION LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO	48. B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
50. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS	51. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS	50. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	49. A) MISMO RÉGIMEN
52. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES	53. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS	51. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	49. B) DIFERENTE RÉGIMEN
			50. REPORTE DE FALLECIMIENTO
			51. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
			52. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO
			53. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	FECHA NACIMIENTO
42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(los) Señor(a) \_\_\_\_\_ identificado(a) con \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ desde el día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad.

49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
--	--

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:	CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input checked="" type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/>	Cantidad	Total
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente	58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital	59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital	60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia	62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.	63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud	64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.	X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL		

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBEN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje
70. Datos del funcionario que realiza la validación		Código del Municipio	

**ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES  
Y CARTA DE DESEMPEÑO**



**FORMULARIO VÍA WEB**

**Autorización de mensajes de texto.** (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, **MARIA LOURDES GALINDO TOVAR** identificado (a) con **R C T I C E** Otro: \_\_\_\_\_  
 número **40731758** de **FLORENCIA**, certifico que:

1. He recibido la carta de derechos y deberes	SÍ <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. <b>3223949950</b> y/o correo electrónico: <b>mariagalindo375@gmail.com</b>
2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS	SÍ <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
3. Leí el contenido de la carta de derechos y deberes	SÍ <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
4. Leí el contenido de la carta de desempeño	SÍ <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño	SÍ <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
6. Entendí y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño	SÍ <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas	SÍ <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Cordialmente,

Firma: \_\_\_\_\_  
 Tipo ID: **CC** No. ID: **40731758**  
 Fecha (dd/mm/aaaa): **27/01/2021**  
 Dirección: **TRV 12 N 11 36**  
 Tel: **3223949950** Municipio **FLORENCIA**  
 Departamento: **CAQUETA**



Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: \_\_\_\_\_  
 Tipo ID: \_\_\_\_\_ No. ID: \_\_\_\_\_  
 Fecha (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Tel: \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_  
 Departamento: \_\_\_\_\_



Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. consulte al reverso de este documento.

**Información de NUEVA EPS**

Asesor: **RUBY NELSI ROJAS CRUZ**  
 Código **C1963** Oficina **FLORENCIA**



**Autorizaciones**

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. Para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service -, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

• Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución. En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.S., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: [www.nuevaeps.com.co](http://www.nuevaeps.com.co)  
 Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.  
 Línea Gratuita: 01 8000 954400  
 Línea de atención en Bogotá: 307 7022  
 Conmutador: (57 + 1) 4193000  
 Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A – 66 Piso 2.

**Aviso de privacidad**

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la transferencia, transmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

**INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMVL**

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SÍ	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SÍ
<b>INDEPENDIENTE</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>\$ 908526</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Nivel de Escolaridad	Posición Ocupacional	Inicio Contrato	Contratista	Trabaja por su Cuenta			
Ninguno <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Normalista <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/>	Patrón/Employador <input type="checkbox"/> Contratista <input checked="" type="checkbox"/>	Contrato <input type="checkbox"/> File <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Preescolar <input type="checkbox"/> Media académica o clásica (bachillerato básico) <input type="checkbox"/> Técnica Profesional <input checked="" type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Último Grado <input type="checkbox"/>							
Básico Primaria <input type="checkbox"/> Media técnica (bachillerato básico) <input type="checkbox"/> Tecnológica <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/>							

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA. RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD. EL NO HACERLO LE GENERA MORA. LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 405 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	NIT	C.C.	C.E.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
<b>INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO</b>							

**INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS**

Nombre del GESTOR o PROMOTOR	CÓDIGO GESTOR o PROMOTOR	Nombre DIRECTOR COMERCIAL	CÓDIGO DIRECTOR	Causal Inconsistencia y/o Observaciones	CIUDAD Y FECHA
<b>RUBY NELSI ROJAS</b>	<b>C1963</b>				<b>27/01/2021</b>



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS  
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del  
**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**  
NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**MARIA LOURDES GALINDO TOVAR**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **40.731.758**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Enero del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



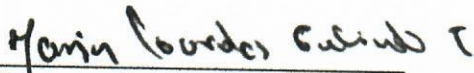
**Tenga en cuenta:**

*Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.*

**FORMULARIO  
MANIFESTACIÓN SOBRE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES**

Yo **MARIA LOURDES GALINDO TOVAR**, actuando en calidad de Persona Natural (persona natural oferente, o el representante legal, o apoderado), de \_\_\_\_\_, manifiesto bajo la gravedad del juramento de forma clara e inequívoca, que ni el proponente, ni su representante legal, ni su apoderado, ni sus socios, nos encontramos incurso por sí o por interpuesta persona en las causales de inhabilidad e incompatibilidad previstas en la Constitución y en la Ley, en especial las contempladas en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, en la Ley 1150 de 2007 y en la Ley 1474 del 12 de Julio de 2011 "Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la Gestión Pública" (Artículo 1. INHABILIDAD PARA CONTRATAR DE QUIENES INCURRAN EN ACTOS DE CORRUPCIÓN, Artículo 2. INHABILIDAD PARA CONTRATAR DE QUIENES FINANCIEN CAMPAÑAS POLÍTICAS, Artículo 4. INHABILIDAD PARA QUE EX EMPLEADOS PÚBLICOS CONTRATEN CON EL ESTADO, Artículo 27. ACUERDOS RESTRICTIVOS DE LA COMPETENCIA y Artículo 90. INHABILIDAD POR INCUMPLIMIENTO REITERADO).

El proponente:



(Firma – postfirma representante legal o apoderado)

Proponente: MARIA LOURDES GALINDO TOVAR

Documento de Identidad: 40.731.758

## AUTORIZACIÓN PARA LA NOTIFICACIÓN A TRAVÉS DE LOS MEDIOS ELECTRÓNICOS

---

Yo, **MARIA LOURDES GALINDO TOVAR**, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía número 40.731.758 expedida en El Doncello, he leído, entiendo y acepto los términos y condiciones de uso de medios electrónicos para las notificaciones electrónicas y autorizo al ESM 4282- CACOM 6 a utilizar este medio para la notificación de los actos administrativos de contenido particular, al correo electrónico:

**mariagalindo375@gmail.com**

Con mi firma me obligó a:

1. Operar de manera directa mi buzón de correo electrónico. La cuenta informada es propia y por lo tanto no alegaré en ningún caso el desconocimiento de los actos notificados.
2. Informar a la entidad el cambio de dirección de correo electrónico para el proceso de notificaciones electrónicas.
3. Reportar al ESM 4282- CACOM 6 cualquier inconveniente de acceso al documento notificado

Al efecto suscribo este documento de manera libre y voluntaria el día 27 del mes de Enero del año 2021

Firma: Maria Lourdes Galindo T

Dirección de residencia: Transversal 12 #11-36 Juan XXIII

Teléfono: 322 3949950



Escritorio

- OPORTUNIDADES RECIENTES  
No se han encontrado
- ÚLTIMAS OFERTAS  
No se han encontrado

0	0	0	0	0	0	0
Suscripciones	En edición	Administraciones pendientes	Invitaciones de servicio	Facturas pendientes	Mensajes	

Sugerencias SECOP

**Convocamos a todos los proveedores que estén en capacidad de suministrar los bienes y servicios para atender la emergencia del COVID-19. Inscríbete en la TVEC y encuentra oportunidades comerciales con las entidades estatales. Conoce el formulario para ser parte del grupo de proveedores.**

**SECOP II habilita la funcionalidad de validación de factura electrónica a partir de Diciembre 2020, si usted proveedor persona natural o jurídica está obligado a facturar electrónicamente, por favor verifique que su tipo y número de identificación (NIT/Cédula) registrado en la plataforma SECOP II estén correctos. Los usuarios donde el tipo de identificación sea NIT registario sin incluir el dígito de verificación. Para esto ingrese a la opción configuración Entidad Estatal/Proveedor y actualice la información.**

**El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.**  
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tener hasta 10 minutos.

**Ya está asociado a una empresa**  
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario > Mis registros'.

Mensajes

Sin mensajes...

Todos

Más información

Oportunidades de negocio

Sin oportunidades

Recibidas

Más información





El servicio público  
es de todos

Función  
Pública

PORTAL DE SERVIDORES PÚBLICOS Y CONTRATISTAS

GALINDO TOVAR, MARIA LOURDES

[Hoja de vida](#)

[Formulario gerencia pública](#)

[Declarac. de bienes y rentas](#)

**Inicio** >> Portal de servidores públicos y contratistas



Hoja de vida



Formulario  
de gerencia  
pública



Declaración de  
bienes y rentas

Bienvenido al

**PORTAL DE SERVIDORES PÚBLICOS Y CONTRATISTAS**

[www.sigep.gov.co](http://www.sigep.gov.co)



GOBERNACIÓN DE  
**CAQUETÁ**  
GOBIERNO REGIONAL

NIT. 8000091594-4  
SS.90



DIRECTOR TÉCNICO DIRECCIÓN DESARROLLO DE SERVICIOS

CERTIFICA

Que revisada la base de datos de la Oficina de Registros Profesionales de la Secretaría de Salud Departamental, la señora **MARIA LOURDES GALINDO TOVAR**, identificada con Cédula de Ciudadanía número 40.731.758, se encuentra registrado como Auxiliar de Enfermería egresada de la Escuela María Auxiliadora, con Acta de Grado No 165 Folio No 165 Libro No 1 del 13/12/2002 al cual se le asignó Resolución No 1800939 del 30/04/2003 de igual manera se encuentra registrado en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud "RETHUS"

Dada en Florencia Caquetá, el 15 día del mes de Enero de 2018.

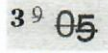
  
**LILIBET JOHANA GALVÁN MOSHEYOFF**  
Director Técnico Dirección Desarrollo de Servicios

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *	Primer Nombre *	Primer Apellido *
Cédula de Ciudadanía	40731758		

Confirme los números de la imagen \*



4445

Verificar Registro en ReTHUS Limpia

Resultado General - 2021-01-27--12:09:59 PM

Tipo de Identificación	Nro. de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado de Identificación	Detalles
CC	40731758	MARIA	LOURDES	GALINDO	TOVAR	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) MARIA LOURDES GALINDO TOVAR identificado(a) con CC.40731758 registra la siguiente información:

2021-01-27--12:09:59 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen de Obtención	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercicio	Acto Administrativo	Entidad Reportadora	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).
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2003-04-30	1800839	GOBERNACION DEL CAQUETA	



CONTRALORÍA  
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 02 de febrero de 2021, a las 15:55:56, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	40731758
Código de Verificación	40731758210202155556

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

  
**SORAYA VARGAS PULIDO**  
CONTRALORA DELEGADA



## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO  
No. 160054683



WEB

15:48:58

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 02 de febrero del 2021

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MARIA LOURDES GALINDO TOVAR identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 40731758:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

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

**ATENCIÓN :**

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



### Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 03:44:43 PM horas del 02/02/2021, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 40731758

Apellidos y Nombres: **GALINDO TOVAR MARIA LOURDES**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.

[Volver al Inicio](#)



Dirección: Calle 18A # 69F-45 Zona Industrial, barrio Montevidéo, Bogotá D.C.  
Atención administrativa: Lunes a viernes 7:00 am a 1:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm  
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30553 (Bogotá)  
Resto del país: 018000 910 112  
E-mail: [lineadirecta@policia.gov.co](mailto:lineadirecta@policia.gov.co)





Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 28/01/2021 03:44:48 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **40731758** y Nombre: **MARIA LOURDES GALINDO TOVAR.**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **19312035** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda

Imprimir

Información 5159000

Policía Nacional de Colombia  
Dirección General - Cra. 59 No. 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional (CAN) Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112

[www.policia.gov.co](http://www.policia.gov.co)



**POSITIVA**  
COMPANIA DE SEGUROS

NIT 900.011.163 G  
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
www.positiva.gov.co



2021012803004073175801

**FORMULARIO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**

SEÑOR CONTRATISTA

Recuerde que una vez cumplida la fecha de terminación de la afiliación, Si usted desea continuar con el cubrimiento ante nuestra ARL, lo invitamos a que ingrese al portal transaccional y registre la novedad respectiva.

**I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

* TIPO DOC. <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P	PRIMER APELLIDO	GALINDO
No. DE DOCUMENTO	SEGUNDO APELLIDO	TOVAR
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	LOURDES
* FECHA NACIMIENTO	SEXO	NACIONALIDAD
AÑO: 1979	M: 05 F: 01	COLOMBIANA
EPS ACTUAL	AFP ACTUAL	
NUEVA EPS	PORVENIR	
DIRECCIÓN RESIDENCIA	TRANV 12 11 36 JUAN XXIII	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	
CAQUETA	FLORENCIA	
CELULAR O TELÉFONO FIJO	CORREO ELECTRÓNICO	
3223949950	MARIAGALINDO375@GMAIL.COM	

**II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO**

TIPO:	ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/>	COMERCIAL <input type="checkbox"/>	CIVIL <input checked="" type="checkbox"/>	PÚBLICO <input type="checkbox"/>	PRIVADO <input type="checkbox"/>	SUMINISTRO DE TRANSPORTE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
* FECHA INICIO	AÑO: 2021	MESES: 01	DÍAS: 28	* FECHA DE TERMINACIÓN	AÑO: ----	MESES: --	DÍAS: --	No. DE MESES: ----
DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO	LUNES <input type="checkbox"/> MARTES <input type="checkbox"/> MIÉRCOLES <input type="checkbox"/> JUEVES <input type="checkbox"/> VIERNES <input type="checkbox"/> SÁBADO <input type="checkbox"/> DOMINGO <input checked="" type="checkbox"/>		DE 01:00 AM <input type="checkbox"/> HASTA 12:00 AM <input type="checkbox"/>					
VALOR TOTAL	VALOR MENSUAL	\$1.420.000	* RIESGO BASE DE COTIZACIÓN	\$1.420.000				
* ACTIVIDAD A EJECUTAR	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES		CÓDIGO 3851101					
CARGO U OCUPACION	TRABAJADORES DE LOS CUIDADOS PERSONALES EN SERVICIOS DE		TAXISTA <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>					
DIRECCIÓN	BASE DE TRES ESQUINAS							
DEPARTAMENTO	CAQUETA							
MUNICIPIO	FLORENCIA							

**III. INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE, EMPRESA TRANSPORTADORA (Habilitada por el Ministerio de Transporte para taxistas) O CONTRATANTE PARA INDEPENDIENTE VOLUNTARIO.**

* ENTIDAD CONTRATANTE TIPO DOC. <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P	* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		INDEPENDIENTE VOLUNTARIO (DECRETO 1563/16)						
No. DE DOCUMENTO	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA		CENTRO DE TRABAJO						
899999998	3851101		La clasificación del riesgo se determinará con el mayor entre la clase de riesgo del centro de trabajo del contratante y el propio de la actividad ejecutada por el contratista. (Art. 11 Dec 723/13)						
DIRECCIÓN PRINCIPAL	TRANV 12 11 36 JUAN XXIII								
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.								
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.								
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO		SOPORTE@POSITIVAINFO.COM					
3223949950									
* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO TIPO DOC. <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P	PRIMER APELLIDO								
No. DE DOCUMENTO	SEGUNDO APELLIDO								
	PRIMER NOMBRE								
	SEGUNDO NOMBRE								

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES, EL CUAL SE RIGE EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN EL DECRETO LEY 1295 DE 1994, LEY 776 DE 2002, DECRETO 723 DE 2013, DECRETO 1563 DE 2016 Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFIQUEN, ADICIONEN O SUSTITUYAN.

DECLARO QUE LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMULARIO SON VERÍDICOS Y PUEDEN SER CONFIRMADOS POR LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA

3851101

CLASE DE RIESGO TARIFA

3

2,43600

\* LA FALSEDAD EN LOS CAMPOS MARCADOS CON (\*) GENERAN NULIDAD DEL FORMULARIO Y POR ENDE EN LA AFILIACIÓN

\* Maria Lourdes Galindo Tovar  
FRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Autorizado por la Superintendencia Financiera para operar el ramo de seguros de Riesgos Laborales, mediante Resolución No. 3187 del 23 de Diciembre de 1995. Para todos los efectos de afiliación y cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DISTRIBUCIÓN GRATUITA PROHIBIDA SU VENTA

## ANEXO No. 1 FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES		Fecha de radicación (aaaa mm dd)	20210128
(FUIPSRL) FORMATO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS PARA LA AFILIACIÓN VOLUNTARIA DE LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTES AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES		Fecha identificación de peligros (aaaa mm dd)	20210128
<b>I. TIPO DE TRÁMITE</b>			
Tipo de trámite	Identificación de Peligros <input type="checkbox"/>	Novedad <input type="checkbox"/>	
<b>II. NOVEDADES MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DEL FUIPSRL</b>			
Tipo de Novedad	<input type="checkbox"/> Por cambio de ocupación u oficio	<input type="checkbox"/> Suspensión contrato	<input type="checkbox"/> Por Accidente de Trabajo o enfermedad laboral
	<input type="checkbox"/> Identificación de un nuevo peligro.	<input type="checkbox"/> Cambio de datos personales (dirección, teléfono)	
Fecha de novedad (aaaa mm dd)	20210128		

<b>II. DATOS DEL TRABAJADOR DONDE REALIZA LA OCUPACIÓN U OFICIO</b>							
Tipo documento	<input checked="" type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> TI	<input type="checkbox"/> CD	<input type="checkbox"/> PE	
Número de documento		40731758		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Fecha de nacimiento (dd mm aaaa)		01051979		Primera Nombre		Segundo Nombre	
Código Ocupación u Oficio		3532901		Dirección		Ciudad	
Clase de riesgo		3532901		BASE DE TRES ESQUINAS		FLORENCIA	
Código EPS		EPS 037		Teléfono		Teléfono móvil	
Género		<input checked="" type="checkbox"/> F		Nombre EPS		Nombre ARL	
Código EPS		EPS 037		NUEVA EPS		POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	
Código ARL		14-23		Nombre ARL		Nombre AFP	
				CORREO ELECTRÓNICO		MARIAGALINDO375@GMAIL.COM	
				Nombre de Ocupación u Oficio a la cual se va a afiliar		TRABAJADORES DE LOS CUIDADOS PERSONALES EN SERVICIOS DE SALUD, AUXILIARES DEL ÁREA DE LA SALUD.	
				Código AFP		230301	
				Nombre AFP		PORVENIR	

<b>III. INFORMACIÓN DE LUGAR DE RESIDENCIA DEL TRABAJADOR</b>		
Dirección	TRANV 12 11 36 JUAN XXIII	Teléfono
Ciudad	FLORENCIA	Teléfono celular
		3223949950
		Departamento
		CAQUETA

<b>IV. INFORMACIÓN DE DATOS CONYUGUE, COMPAÑERO (A) PERMANENTE O ACUDIENTE</b>							
Tipo documento	<input checked="" type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> TI	<input type="checkbox"/> CD	<input type="checkbox"/> PE	
Número de documento		1116914616		Primer Apellido		Segundo Apellido	
				Primera Nombre		Segundo Nombre	
				Dirección		Ciudad	
				CS FISCALES DEL EJERCITO		FLORENCIA	
				Departamento		Teléfono	
				CAQUETA		3208369569	

<b>V. IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS (marque con una x únicamente los peligros a que se expone en su ocupación u oficio diaria)</b>			
<b>V.I PELIGROS FÍSICOS</b>			
<b>ENERGÍA MECÁNICA</b>		<b>ENERGÍA TÉRMICA</b>	
<input type="checkbox"/> RUIDO	<input type="checkbox"/> VIBRACIÓN	<input type="checkbox"/> TEMPERATURA EXTREMA POR FRÍO	<input type="checkbox"/> TEMPERATURA EXTREMA POR CALOR
<input type="checkbox"/> PRESIONES ATMOSFÉRICAS EXTREMAS		<input type="checkbox"/> RADIACIONES NO IONIZANTES	<input type="checkbox"/> RADIACIONES IONIZANTES
<b>V.II PELIGROS QUÍMICOS</b>			
<b>AGREGADOS MOLECULARES</b>		<b>MOLECULARES</b>	
<input type="checkbox"/> AEROSOLLES SÓLIDOS: Fibras polvos y humos	<input type="checkbox"/> AEROSOLLES LÍQUIDOS: Nieblas	<input type="checkbox"/> GASES: Orgánicos o Inorgánicos	<input checked="" type="checkbox"/> VAPORES
<b>V.III PELIGROS BIOLÓGICOS</b>			
<b>MICROORGANISMOS</b>		<b>ARTROPODOS</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> VIRUS	<input checked="" type="checkbox"/> RICKETTSIAS	<input type="checkbox"/> CRUSTÁCEOS	<input type="checkbox"/> ROEDORES
<input checked="" type="checkbox"/> BACTERIAS	<input checked="" type="checkbox"/> HONGOS	<input type="checkbox"/> ARÁCNIDOS	<input type="checkbox"/> ANIMALES
		<input checked="" type="checkbox"/> INVERTEBRADOS: Parásitos, Protozoos	<input checked="" type="checkbox"/> VEGETALES: Musgos, Helechos, Semillas
		<input type="checkbox"/> VERTEBRADOS	
<b>V.IV PELIGROS ERGONOMÍCOS</b>			
<b>CARGA FÍSICA</b>		<b>DISEÑO DE PUESTO DE TRABAJO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> ESTÁTICA: Posturas inadecuadas: prolongadas mantenidas, inadecuadas, forzadas o extremas, antigravitacionales.	<input checked="" type="checkbox"/> DINÁMICA: Inadecuada aplicación de fuerzas, inadecuada movilización de cargas, Movimientos repetitivos.	<input checked="" type="checkbox"/> PLANOS DE TRABAJO INADECUADO	<input checked="" type="checkbox"/> ESPACIOS DE TRABAJO INADECUADO
<b>V.V PELIGROS DE SEGURIDAD</b>			
<b>FÍSICO-QUÍMICO</b>		<b>MECÁNICOS</b>	
<input type="checkbox"/> INCENDIO	<input type="checkbox"/> EXPLOSIÓN	<input type="checkbox"/> MAQUINAS Y EQUIPOS	<input type="checkbox"/> TRABAJO EN ALTURAS
<input type="checkbox"/> FUGAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS	<input type="checkbox"/> REACCIONES QUÍMICAS	<input type="checkbox"/> HERRAMIENTAS (choques, golpes, aplastamientos)	<input checked="" type="checkbox"/> ORDEN Y ASEO
		<input type="checkbox"/> MECANISMOS EN MOVIMIENTO (Polvos, engranajes, piñones, etc)	<input type="checkbox"/> ALMACENAMIENTO DE MATERIALES (Distribución, Apilamiento)
		<input type="checkbox"/> EQUIPOS Y LÍNEAS DE PRESIÓN (líneas de presión de aire o vapor, cilindros, etc)	<input checked="" type="checkbox"/> DISPOSICIÓN DE MÁQUINAS Y EQUIPOS (Señalización, Distribución área de trabajo)
			<input checked="" type="checkbox"/> INSTALACIONES (área de Trabajo, Estructuras, Pisos, Paredes, Techos, Escaleras, etc)

V.VI PELIGROS FENÓMENOS NATURALES	V.VII PELIGROS PÚBLICOS
<input checked="" type="checkbox"/> TERREMOTOS <input type="checkbox"/> INUNDACIONES <input type="checkbox"/> AVALANCHAS <input type="checkbox"/> ERUPCIÓN VOLCÁNICA <input type="checkbox"/> TORMENTAS	<input type="checkbox"/> HURTO <input type="checkbox"/> MANIFESTACIÓN <input type="checkbox"/> TERRORISMO <input type="checkbox"/> EXTORSIÓN Y BOLETEO <input type="checkbox"/> SECUESTRO

V. VIII PELIGROS PSICOSOCIAL FACTORES DE RIESGO					
MARQUE CON UNA X	SI	NO	MARQUE CON UNA X	SI	NO
CONDICIONES INTRALABORALES			CONDICIONES EXTRALABORALES		
Se maneja gran cantidad de información, es compleja y/o debe emplearse de manera simultánea	X		El tiempo dedicado a la familia y el descanso es escaso o limitado	X	
Se tiene responsabilidad por manejo de dinero, bienes, salud o seguridad de otras personas	X		Las relaciones familiares son conflictivas y/o afectan el desarrollo del trabajo	X	
El trabajo y las condiciones en que se realiza implica un gran esfuerzo físico y fatiga	X		La situación económica es complicada por bajos ingresos y/o deudas	X	
Se expone a trato negativo del público y/o de compañeros de trabajo	X		El desplazamiento vivienda trabajo vivienda requiere mucho tiempo	X	
La comunicación con otras personas es escasa y/o conflictiva	X				
Las jornadas de trabajo son extensas, en horario nocturno y/o sin descanso	X				
El tiempo para desarrollar el trabajo es insuficiente	X				
Se cuenta con tiempo para realizar pausas durante la jornada diaria	X				
<b>CONTROL</b>	SI	NO		SI	NO
El trabajo impide el desarrollo de habilidades y conocimientos	X		El esfuerzo realizado no corresponde con el salario	X	

CON ESTE FORMATO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y SE CONSTITUYE EN LA IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS A LA CUAL USTED SE EXPONE EN LA OCUPACIÓN Y OFICIO QUE USTED REALIZA EN SU JORNADA LABORAL DIARIA EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN DECRETO 1763 DEL 2016 Y DEMÁS NORMAS QUE LOS MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTAN.	
<p><i>Mónica Laureles Galindo Jovan</i></p> <p>Firma del Trabajador</p>	<p>Firma del Funcionario de la ARI</p>