


Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 11:42:09
GLORIA EDITH GARC...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Configuraciones del usuario
GLORIA EDITH GARCIA LARA
CAT: 0195589
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
16 Feb, 2021(UTC -5) 11:42:09
Ayuda
Salir
Escritorio
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
Haga clic para acceder a la ayuda
S2
0 Suscripciones
0 En edición
0 Adjudicaciones pendientes
0 Invitaciones directas
0 Nuevos informes
Sugerencias SECOP
Convocamos a todos los proveedores que estén en capacidad de suministrar los bienes y servicios parar atender la emergencia del COVID-19.
Inscríbete en la TVEC y encuentra oportunidades negociales 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,
sí 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.
El Servicio de proveedor ya se
Haga clic aquí para activarlo. Despu
disponibilidad del servicio podrá tardar 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
Todos
Sin mensajes...
Más información .
Oportunidades de negoci
Recibidas
Sin oportunidades
Más información .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 22-dic-2020

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
GARCIA	LARA	GLORIA EDITH

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*SEXO*	*NACIONALIDAD*
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1071164890	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 17 MES OCT AÑO 1989

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

CIUDAD La Calera

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

calle 8 a 1 este 28

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

CIUDAD La Calera TELEFONO 8602020

EMAIL gaglogala@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)

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* Bachiller
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2006
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
Universitaria	8	X		ENFERMERIA	1	2018	1071164890

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE	2020	40
SOPORTE VITAL AVANZADO	CENTRO SUPERIOR ESAT	2020	48
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	CENTRO SUPERIOR ESAT	2020	40
TERAPIAS EXTRACORPOREAS DIAPACT	BBRAUN DIALY -SER	2019	20

Scanned by TapScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 22-dic-2020

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	SALAMANDRA	2019	100
Audiroria en salud	Fundación universitaria del area andina	2018	168

DOMINIO DE IDIOMAS

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
inglés	X			X			X		

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	gaglogala@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3125570341	DIA 16 MES 4 AÑO 2018	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
enfermera	asistencial	sur

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
clinica jorge piñeros corpas		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7957155	DIA 19 MES 1 AÑO 2015	DIA 10 MES 1 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Auxiliar de Enfermera	ENFERMERIA	35 CRA 20 N 42 SUR 47

Scanned by TapScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 22-dic-2020

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD centro de saud de la calera	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	*MUNICIPIO* La Calera		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 8600238	*FECHA DE INGRESO* DIA 31 MES 8 AÑO 2012		*FECHA DE RETIRO* DIA 31 MES 12 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO auxiliar de Enfermería	*DEPENDENCIA* Enfermería		*DIRECCIÓN* CENTRO DE LA CALERA

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	2	11
Pública	5	0
Total	7	11

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

22- diciembre 2020
Bogota

Gloria Edith Garcia Lara
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Scanned by TapScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 22-dic-2020

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Scanned by TapScanner

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

El futuro es de todos | Gobierno de Colombia

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 07-dic-2020

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, GLORIA EDITH GARCIA LARA

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1071164890 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Cundinamarca **Municipio** La Calera

Dirección calle 8 a 1 este 28 **Teléfonos** 3125570341 8602020

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
EDILBERTO GARCIA GUTIERRES	3069315	Padre
MARIA GLORIA LARA PARRA	21068030	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 32.400.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 32.400.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco de Bogotá	Cuenta de ahorros	380371260	La calera	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Otro (Inmueble)	TV	$ 1.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
EPS ARL AFP VIVIENDA	EPS ARL AFP VIVIENDA TRANSPORTE	$ 32.400.000,00

Scanned by TapScanner

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

El futuro es de todos | Gobierno de Colombia

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 07-dic-2020

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO C.C◯ C.E◯ T.I.◯	NÚMERO DOCUMENTO

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
NINGUNA	NO

3. FIRMA

Elena Edith Garcia Lara

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 07-dic-2020

CIUDAD Y FECHA

Scanned by TapScanner

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

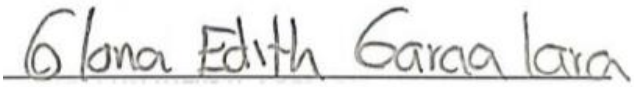
Manifiesto bajo la gravedad de juramento que NO me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de orden constitucional o legal, para ejercer cargos, empleos públicos o para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública.

De conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 190 de 1995 en caso de que sobrevenga al acto de nombramiento o posesión alguna inhabilidad o incompatibilidad, lo advertiré inmediatamente a la entidad.

Para todos los efectos legales, certifico que los datos registrados en mi hoja de vida, así como los documentos anexos aportados son veraces.

Para constancia se firma en Bogotá a los 16 días de febrero del 2021

Cordialmente,



C.C. 1.071.164.890

COMPROMISO DE INTEGRIDAD

Como colaborador de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. reconozco la importancia de asumir un compromiso con el logro de los objetivos estratégicos institucionales y por ello me comprometo a:

- ✓ Apropiar y promover los valores y principios de la Entidad, de la función administrativa y del Estado, así como instituir las normas éticas que deben inspirar el proceder y las acciones de todos colaboradores de la Institución.
- ✓ Promover en mi grupo de trabajo y con todos los grupos de interés de la entidad, una cultura socialmente responsable orientada al respeto por los derechos humanos, prácticas laborales justas, con enfoque de precaución frente a los impactos ambientales y a la lucha contra la corrupción.
- ✓ Conocer el Manual Código de Integridad y Buen Gobierno AP-TH-MN-05 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, y por lo tanto, el compromiso de actuar en coherencia con su contenido y filosofía dado que se relaciona con las conductas que se deben practicar como colaborador de la Entidad.
- ✓ Actuar bajo los lineamientos del Código de Integridad y Buen Gobierno, a cooperar con mi equipo de trabajo y orientar nuestras actuaciones hacia la transparencia y defensa de lo público,

Adicionalmente me comprometo a:

Actuar con los fundamentos que corresponde a la profesión con un deseo de superación.

Brindar cuidado integral al paciente, familia y comunidad, respetando la diversidad cultural; en base a principios ético moral.

Nombre: Elena Edith Garcia Lara

Documento: 1.071.164.890

Cargo: Enfermera

Fecha: 16/02/2021

República de Colombia

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación DIC. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

GLORIA EDITH GARCIA LARA

C.C. N°. 1071164890 de La Calera

Aprobó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los reglamentos, le confiere el título de

ENFERMERA

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.
Bogotá D.C., el día 26 de Enero de 2018

Rector

Secretaria General

Decano

Tomo 10 · Folio 9 · Registro 55523 · Acta No. 830 · Fecha 26 de Enero de 2018 ·

Scanned by CamScanner

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Fundación Universitaria del Área Andina
ACTA DE GRADO No. 830

En Bogotá D.C., el 26 de Enero de 2018 a las 09:00 horas, convocados por Resolución Nacional No. 002 del 19 de enero de 2018, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, Doctor José Leonardo Valencia Molano, la Vicerrectora Académica y Decana (E) de la Facultad de Ciencias de la Salud, Doctora Sonia Sierra González y la Secretaria General (E), Doctora Gladys Eliana Sánchez Saldarriaga, para presidir la ceremonia de grado de **GLORIA EDITH GARCIA LARA**, Identificada con C.C. No. 1071164890 de La Calera, quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedora a recibir el título de **ENFERMERA** , el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior mediante acuerdo 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor a la graduanda, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación, ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional.

Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron.

Anotado en el Tomo 10, Folio 9, Registro 55523

JOSÉ LEONARDO VALENCIA MOLANO, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional

SONIA SIERRA GONZÁLEZ, Vicerrectora Académica y Decana (E) de la Facultad de Ciencias de la Salud

GLADYS ELIANA SÁNCHEZ SALDARRIAGA, Secretaria General (E)

Dada en Bogotá D.C., a los 26 días del mes Enero de 2018.

Gladys Eliana Sánchez Saldarriaga
Secretaria General (E)

Scanned by CamScanner

República de Colombia

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación DIC. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

GLORIA EDITH GARCIA LARA

C.C. N°. 1071164890 de La Calera

Aprobó los estudios de formación avanzada, programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los reglamentos, le confiere el título de

ESPECIALISTA EN AUDITORÍA EN SALUD

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.
Bogotá D.C., el día 29 de Octubre de 2018

Rector

Secretaria General

Decano

Salamandra®
Corporación de Estudios Superiores
Personería Jurídica Nº 11104 M.E.N

República de Colombia

Hace constar que

Gloria Edtih Garcia Lara

c.c. 1071164890

Asistió y participó en el

DIPLOMADO

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL Y PEDIATRICO

Con una intensidad de 100 horas,
En el manejo integral de pacientes críticos neonatales y pediátricos

Firmado en Bogotá, a los 12 días del mes de mayo de 2019

A-DPL26720191008

Laureano Quintero B.
Rector

Bogotá D.C 16/02/2021

Señores:

Fundación Universitaria del Area Andina

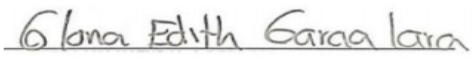
REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Gloria Edith Garcia Lara, en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…"

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

ENFERMERA

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: 1.071.164.890

Tarjeta profesional No: 1071164890

Dirección de contacto: Calle 8 A 1 este 28

Teléfono: 3125570341

esimed

NIT 800.215.908-8

ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A. (ESIMED S.A.)
NIT. 800.215.908-8

CERTIFICA:

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de Nómina KACTUS, el (la) Sr(a) **GLORIA EDITH GARCIA LARA** identificado(a) con la cédula de ciudadanía N° **1.071.164.890**, labora con esta empresa desde el **19 de enero de 2015**, con contrato de trabajo **INDEFINIDO**. En la actualidad desempeña el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, con una asignación salarial mensual de **OCHOCIENTOS CUARENTA Y UN MIL DOSCIENTOS SESENTA M/Cte. ($841.260)**.

Como constancia de lo anterior, se expide este documento en la ciudad de Bogotá D.C., al 13 de febrero de 2018.

La información de la presente certificación puede ser confirmada telefónicamente en nuestra línea 7957155 Ext 6519 - 6520.

Cordialmente,

LIZBETH JOHANNA CARDOZO R.
Subdirectora nacional de talento humano

Elaboró: Cristian Moreno - Auxiliar de Nomina
Cuestionario

E.S.E HOSPITAL DIVINO SALVADOR DE SOPÓ
NIT 860.023.878-9
"UN SERVICIO MAS HUMANO"

Por favor al contestar este documento citar este número **OFCO-HDSS-033-2018**

EL SUSCRITO SUBGERENTE ADMINISTRATIVO
DE LA E.S.E. HOSPITAL
DIVINO SALVADOR DE SOPO

CERTIFICA

Que la Señora **GLORIA EDITH GARCIA LARA,** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.071.164.890, suscribió Contratos de Prestación de Servicios (OPS) en la E.S.E. Hospital Divino Salvador de Sopó identificada con Nit: 860.023.878-9, como **AUXILIAR DE ENFERMERIA CON FUNCIONES EN AMBULANCIA,** Con honorarios mensuales promedio de Un millón doscientos mil pesos M/cte. ($1.200.000,oo). Con la siguiente información:

CONTRATO No. 111 -2012 del 01 de Agosto de 2012 al 31 de Agosto de 2012
CONTRATO No. 250 -2012 del 01 de Septiembre de 2012 al 30 de Septiembre de 2012
CONTRATO No. 344 -2012 del 01 de Octubre de 2012 al 31 de Octubre de 2012
CONTRATO No. 662-2012 del 01 de Diciembre de 2012 al 31 de Diciembre de 2012
CONTRATO No. 323 -2013 del 01 de Mayo de 2013 al 30 de Junio de 2013
CONTRATO No. 509 -2013 del 01 de Julio de 2013 al 31 de Julio de 2013
CONTRATO No. 596 -2013 del 01 de Agosto de 2013 al 31 de Agosto de 2013
CONTRATO No. 782 -2013 del 11 de Septiembre de 2013 al 30 de Septiembre de 2013
CONTRATO No. 987 -2013 del 01 de Noviembre de 2013 al 30 de Noviembre de 2013
CONTRATO No.1116 -2013 del 01 de Diciembre de 2013 al 31 de Diciembre de 2013
CONTRATO No. 123-2014 del 01 de Enero de 2014 al 28 de Febrero de 2014
CONTRATO No. 218-2014 del 01 de Marzo de 2014 al 31 de Mayo de 2014
CONTRATO No. 296-2014 del 01 de Junio de 2014 al 31 de Julio de 2014
CONTRATO No. 411-2014 del 01 de Agosto de 2014 al 30 de Septiembre de 2014
CONTRATO No. 564-2014 del 01 de Octubre de 2014 al 31 de Octubre de 2014
CONTRATO No. 710-2014 del 01 de Noviembre de 2014 al 30 de Noviembre de 2014
CONTRATO No. 821-2014 del 01 de Diciembre de 2014 al 31 de Diciembre de 2014

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada, dada en la E.S.E Hospital Divino Salvador de Sopó – Cundinamarca a los Diecinueve (19) días del mes de Febrero de dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente;

JORGE FRANCISCO SANCHEZ CAICEDO
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

Carrera 4ª No.5-89 Sopó. Cundinamarca Telefax: 8571318 EXT 126 Nit.860.023.878-9
E-mail: hospitalsopo@yahoo.com

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisado el archivo de gestión documental se evidenció que **la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.** identificada con el Nit No. 900.958.564-9 suscribió con la Señora **GLORIA EDITH GARCIA LARA,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. **1.071.164.890** el Contrato de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

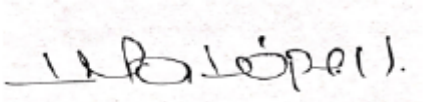
CONTRATO No: 6568 DE 2018
OBJETO: ***PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.***
VALOR: $4.296.823
FECHA DE INICIO DE EJECUCIÓN: 16 de Abril de 2018
FECHA TERMINACIÓN: 31 de Mayo de 2018

OBLIGACIONES CONTRACTUALES: 1,Prestar servicios profesionales en enfermería a los usuarios de la subred Sur, con el pleno cumplimiento de lso estandarés de calidad y oportunidad, durante el tiempo de disponibildad indicado en su respuesta. 2. Brindar asistencia en los procedimientos propios de la atención y TRIAGE con plena autonomia realizando el seguimineto a la s actividades asignadas en los planes de manejo para que se ejecuten de acuerdo al criterio medico dado por el profesional.3, Informar oportunamente al medico tratante y familiares, el devenir de la atención brindada y cambios clínicos del paciente, conforme a los lineamientos del contratante. 4. Diligenciar clara, correcta y oportunamente la Historia línica y demñas documentación del servicio cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente en el sistema de información de la Subred, igualmente velar por el adecuado diligenciamiento de documentos que realice las auxiliares. Cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente y lo expuesto en los manuales de Bioseguridad.5. Promover enlos usuarios y pacientes la generación de estilos, hábitos y conductas saludables, mediante acciones de educación. 6. Velar por el correcto uso , mantenimiento y administratción, de los equipos e insumos de los servicios , que la subred Sur le confíe para l a ejecución de las actividades pactadas, informando oportunamente al supervisor del contrato, las novedades y observaciones que puedan afectarlos. 7. Verificar la correcta distribución de los insumos que le sean confiados para la atención de pacientes y usuarios incluyendo medicamentos e insumos medico quirúrgicos.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) Contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública (*Ley 80/1993 Art. 32)* y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Esta constancia se expide a solicitud del interesado (a), el 13 de Noviembre de 2020.

Nota: Si requiere validar el presente certificado contractual puede solicitarlo al siguiente correo electrónico: certificaciones.ops@subredsur.gov.co



LUZ MARINA LÒPEZ SALAMANCA
Directora Operativa de Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Proyectó: Adriana María Alonso Torres- Contratista Apoyo Dirección de Contratación
Aprobó: Cristian Mauricio Sogamoso Ramírez-Contratista Profesional Apoyo Dirección de Contratación

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisado el archivo de gestión documental se evidenció que la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.** identificada con el Nit No. 900.958.564-9 suscribió con la Señora **GLORIA EDITH GARCIA LARA,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. **1.071.164.890** el Contrato de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

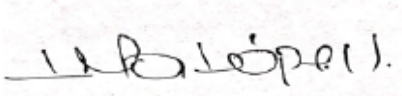
CONTRATO No: 8954 DE 2018
OBJETO: ***PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.***
VALOR: $23.804.280
FECHA DE INICIO DE EJECUCIÓN: 01 de Junio de 2018
FECHA TERMINACIÓN: 31 de Enero de 2019

OBLIGACIONES CONTRACTUALES: 1,Prestar servicios profesionales en enfermería a los usuarios de la subred Sur, con el pleno cumplimiento de lso estandarés de calidad y oportunidad, durante el tiempo de disponibildad indicado en su respuesta. 2. Brindar asistencia en los procedimientos propios de la atención y TRIAGE con plena autonomia realizando el seguimineto a la s actividades asignadas en los planes de manejo para que se ejecuten de acuerdo al criterio medico dado por el profesional.3, Informar oportunamente al medico tratante y familiares, el devenir de la atención brindada y cambios clínicos del paciente, conforme a los lineamientos del contratante. 4. Diligenciar clara, correcta y oportunamente la Historia línica y demñas documentación del servicio cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente en el sistema de información de la Subred, igualmente velar por el adecuado diligenciamiento de documentos que realice las auxiliares. Cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente y lo expuesto en los manuales de Bioseguridad.5. Promover enlos usuarios y pacientes la generación de estilos, hábitos y conductas saludables, mediante acciones de educación. 6. Velar por el correcto uso , mantenimiento y administratción, de los equipos e insumos de los servicios , que la subred Sur le confíe para l a ejecución de las actividades pactadas, informando oportunamente al supervisor del contrato, las novedades y observaciones que puedan afectarlos. 7. Verificar la correcta distribución de los insumos que le sean confiados para la atención de pacientes y usuarios incluyendo medicamentos e insumos medico quirúrgicos.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) Contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública (*Ley 80/1993 Art. 32)* y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Esta constancia se expide a solicitud del interesado (a), el 13 de Noviembre de 2020.

Nota: Si requiere validar el presente certificado contractual puede solicitarlo al siguiente correo electrónico: certificaciones.ops@subredsur.gov.co



LUZ MARINA LÓPEZ SALAMANCA
Directora Operativa de Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Proyectó: Adriana María Alonso Torres- Contratista Apoyo Dirección de Contratación
Aprobó: Cristian Mauricio Sogamoso Ramírez-Contratista Profesional Apoyo Dirección de Contratación

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisado el archivo de gestión documental se evidenció que **la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.** identificada con el Nit No. 900.958.564-9 suscribió con la Señora **GLORIA EDITH GARCIA LARA,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. **1.071.164.890** el Contrato de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO No: 2642 DE 2019
OBJETO: ***PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL***
VALOR: $34.513.416
FECHA DE INICIO DE EJECUCIÓN: 01 de Febrero de 2019
FECHA TERMINACIÓN: 31 de Enero de 2020

***O*BLIGACIONES CONTRACTUALES**: 1. Prestar servicios profesionales de enfermería a los usuarios e la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., con el pleno cumplimiento de los estándares de calidad y oportunidad, seguros, eficientes y humanizados y cumplimiento de protocolos y guías de maneja de la Entidad, durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta. 2. Brindar asistencia en los procedimientos propios de la atención con plena autonomía y pertinencia , realizando el seguimiento a las actividades asignadas en los planes de manejo para que se ejecuten de acuerdo al criterio medico dado por el profesional 3. Informar oportunamente al médico tratante y familiares, el devenir de la atención brindada y cambios clínicos del paciente, conforme a los lineamientos del contratante 4. Diligenciar clara, correcta y oportunamente la Historia Clínica y demás documentación del servicio cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente en el sistema de información de la Subred, igualmente velar por el adecuado diligenciamiento de documentos que realice las auxiliares cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente y lo expuesto en los manuales de Bioseguridad. 5. Brindar asistencia en los procedimientos propios del servicio y poyar al equipo médico en la realización de procedimientos especiales cuando sea requerido, verificar la correcta distribución de los insumos que les sean confiados para la atención de pacientes, incluyendo medicamentos, tapabocas y guantes.6. Promover en los usuarios y pacientes la generación de estilos, hábitos y conductas saludables, mediante acciones de educación. 7. Velar por el correcto uso, mantenimiento y administración, de los equipos, medicamentos e insumos del servicios, que la Subred Sur le confíe para la ejecución de las actividades pactadas, informando oportunamente al supervisor del contrato, las novedades y observaciones que puedan afectarlos. Verificar la correcta distribución de los insumos que le sean confiados para la atención de pacientes y usuario incluyendo medicamentos e insumos medico.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) Contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública (*Ley 80/1993 Art. 32)* y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Esta constancia se expide a solicitud del interesado (a), el 13 de Noviembre de 2020.

Nota: Si requiere validar el presente certificado contractual puede solicitarlo al siguiente correo electrónico: certificaciones.ops@subredsur.gov.co

LUZ MARINA LÓPEZ SALAMANCA
Directora Operativa de Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Proyectó: Adriana María Alonso Torres- Contratista Apoyo Dirección de Contratación
Aprobó: Cristian Mauricio Sogamoso Ramírez-Contratista Profesional Apoyo Dirección de Contratación

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisado el archivo de gestión documental se evidenció que **la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.** identificada con el Nit No. 900.958.564-9 suscribió con la Señora **GLORIA EDITH GARCIA LARA,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. **1.071.164.890** el Contrato de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO No: 2115 DE 2020
OBJETO: ***PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL***
VALOR: $31.055.868
FECHA DE INICIO DE EJECUCIÓN: 01 de Febrero de 2020
FECHA TERMINACIÓN: 30 de Noviembre de 2020

OBLIGACIONES CONTRACTUALES: 1. Prestar servicios profesionales de enfermería a los usuarios e la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., con el pleno cumplimiento de los estándares de calidad y oportunidad, seguros, eficientes y humanizados y cumplimiento de protocolos y guías de maneja de la Entidad, durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta. 2. Brindar asistencia en los procedimientos propios de la atención con plena autonomía y pertinencia , realizando el seguimiento a las actividades asignadas en los planes de manejo para que se ejecuten de acuerdo al criterio medico dado por el profesional 3. Informar oportunamente al médico tratante y familiares, el devenir de la atención brindada y cambios clínicos del paciente, conforme a los lineamientos del contratante 4. Diligenciar clara, correcta y oportunamente la Historia Clínica y demás documentación del servicio cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente en el sistema de información de la Subred, igualmente velar por el adecuado diligenciamiento de documentos que realice las auxiliares cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente y lo expuesto en los manuales de Bioseguridad. 5. Brindar asistencia en los procedimientos propios del servicio y poyar al equipo médico en la realización de procedimientos especiales cuando sea requerido, verificar la correcta distribución de los insumos que les sean confiados para la atención de pacientes, incluyendo medicamentos, tapabocas y guantes.6. Promover en los usuarios y pacientes la generación de estilos, hábitos y conductas saludables, mediante acciones de educación. 7. Velar por el correcto uso, mantenimiento y administración, de los equipos, medicamentos e insumos del servicios, que la Subred Sur le confíe para la ejecución de las actividades pactadas, informando oportunamente al supervisor del contrato, las novedades y observaciones que puedan afectarlos. Verificar la correcta distribución de los insumos que le sean confiados para la atención de pacientes y usuario incluyendo medicamentos e insumos medico.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) Contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública (*Ley 80/1993 Art. 32)* y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Esta constancia se expide a solicitud del interesado (a), el 13 de Noviembre de 2020.

Nota: Si requiere validar el presente certificado contractual puede solicitarlo al siguiente correo electrónico: certificaciones.ops@subredsur.gov.co

LUZ MARINA LÓPEZ SALAMANCA
Directora Operativa de Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Proyectó: Adriana Maria Alonso Torres- Contratista Apoyo Dirección de Contratación
Aprobó: Cristian Mauricio Sogamoso Ramirez-Contratista Profesional Apoyo Dirección de Contratación

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.071.164.890**

GARCIA LARA

APELLIDOS

GLORIA EDITH

NOMBRES



Gloria Edith Garcia Lara

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-OCT-1989**

LA CALERA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-OCT-2007 LA CALERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1513900-00175186-F-1071164890-20090904 0015710916A 1 25926305

DIAN

Formulario del Registro Unico Tributario
Hoja Pnncipal

MUISCA

001

2 Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4 Número de formulario: 14661472738

5 Número de Identificación Tributaria (NIT)	6 DV	12 Dirección seccional	14 Buzón electrónico
1 0 7 1 1 6 4 8 9 0	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24 Tipo de contribuyente	25 Tipo de documento	26 Número de Identificación	27 Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	1 0 7 1 1 6 4 8 9 0	2 0 0 7 1 0 2 5

Lugar de expedición / 28 País	29 Departamento	30 Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	La Calera 3 7 7

31 Primer apellido	32 Segundo apellido	33 Primer nombre	34 Otros nombres
GARCIA	LARA	GLORIA	EDITH

35 Razón social

36 Nombre comercial	37 Sigla

UBICACION

38 País	39 Departamento	40 Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	La Calera 3 7 7

41 Dirección principal: CL 9 1 ESTE 28

42 Correo electrónico	43 Código postal	44 Teléfono 1	45 Teléfono 2
gaglogala@gmail.com		8 6 0 2 0 2 0	3 1 2 5 5 7 0 3 4 1

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
45 Código	47 Fecha inicio actividad	48 Código	49 Fecha inicio actividad	50 Código	1	2	51 Código	52 Numero establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 2 0 8 0 3							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53 Código	2 0																									

20- Obtención NIT

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 inscripcion en el Registro Unico Tributario -RUT-, tendra vigencia indefinida y en consecuencia no se exigira su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59 Anexos SI [ ] NO [X] | 60 No. de Folios 0 | 61 Fecha 2 0 1 9 0 9 2 7

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Unico Tributario (RUT), debera ser exacta y veraz, en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorio o de suspensión según el caso.
Parágrafo del artículo 4.1.1.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante

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

864 Nombre: RUIZ VELASQUEZ LUZ ANYELA

98a Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF 27-09-2019 10:32:04AM

COPIA NO AUTORIZADO SIN COSTO

Scanned by TapScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 09-04-2018
Hora: 3:05:31 PM

CONTRIBUYENTE NIT 1071164890-1 GLORIA EDITH GARCIA LARA

Información

Dirección	CL 9 1 ESTE 28 BRR MANANTIAL
Teléfonos	8602020/3133154380
Dirección	miserglori@hotmail.com
Fax	3125570341

Información de

Fecha Inscripción	09/04/2018
Soporte Inscripción	23422885
Fecha Inicio Actividades	03/08/2012
# Establecimientos:	0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica	PERSONA NATURAL
Régimen Tributario	REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1071164890	GLORIA	EDITH	GARCIA	LARA	Ver

Información Detallada [CC: 1071164890] GLORIA EDITH GARCIA LARA

2019-05-14--2:19:58 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2018-02-23	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA
AUX	Local	Auxiliar de enfermeria	2011-02-08	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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).

1071164890

Correo Electronico

gaglogala@gmail.com

Teléfono de Contacto

3125570341

Asunto

- [x] Certificado Antecedentes Primera Vez
- [ ] Certificado Antecedentes Segunda Vez
- [ ] Certificado Antecedentes mas veces

PDF de la Cedula de Ciudadania

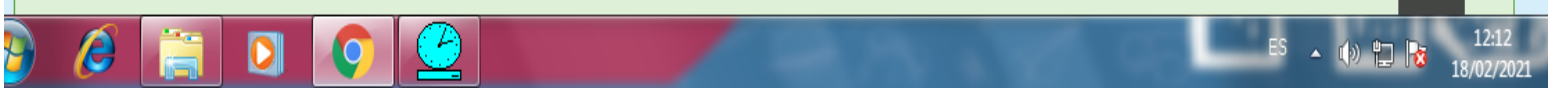
Seleccionar archivo 2. CEDULA.pdf

PDF Tarjeta Profesional (ANEC) o de la Organización Colegial de Enfermería

Seleccionar archivo 9. TARJETA P... RETHUS.pdf

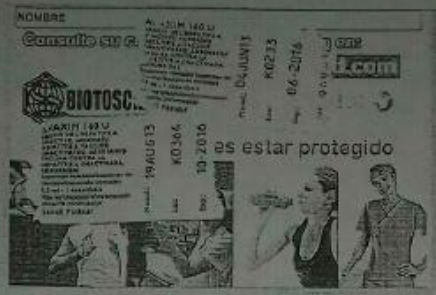
ENVIAR

GRACIAS POR TU MENSAJE. HA SIDO ENVIADO.



PBX:
211 9289
Cel:310 237 1397

AL SEDE RESTREPO
502 Carrera 17 No. 12-45 sur local 305
salud@etb.net.co
inunosalud.com



VACUNA	DOSIS	LOTE	APLICACION	VACUNADOR
INFLUENZA	1a DOSIS	P3A53	4-07-2014	
VARICELA	1a DOSIS			
REFUERZO 2a	1a DOSIS	Sanofi K0235	10-03-15	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	2-05-13	Serum Ltda	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	5-02-2014	02AC1015C	
	2	12-03-14	02AC1015C	
	3	19 SET. 2014	02AC1015C	
	4	06-04-15	02229	
	5	7-02-17	D2288	
Contra Hepatitis B	1	12-03-14	SIAG1102	
	2	26-06-14	AHBAC328AC	
	3	19 SET. 2014		
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	Única	2-05-13	Biomanguinhos 1194/FOC382	
Contra Influenza		26-06-14	Sanofi	
		11-06-15	Sanofi	
Virus de Papiloma Humano				
MMR		1-02-2014	0BMR0338	
Varicela		01-02-2014	SIG1216	
			Sanofi	
VARICELA		12-03-14	SIG1216	

FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
19 SEP 2014	
10 MAR. 2015	

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Consulte su certificado de vacunación en
www.inmunosalud.com

NIT 901174152
CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 1106177301
CODIGO DE PRESTADOR SEDE RESTREPO 1106177302

NOMBRES: Garcia Lara Gloria Edith
DOCUMENTO: 1'071164890
TELEFONO:

VACUNA	DOSIS APLICADA	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
TOTENUS DIFTERICO	2DOSIS			
	3DOSIS			
	1DOSIS			
	1DOSIS			
	REFUERZO			
TRIPLE VIRAL	1DOSIS			
	1DOSIS			

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.

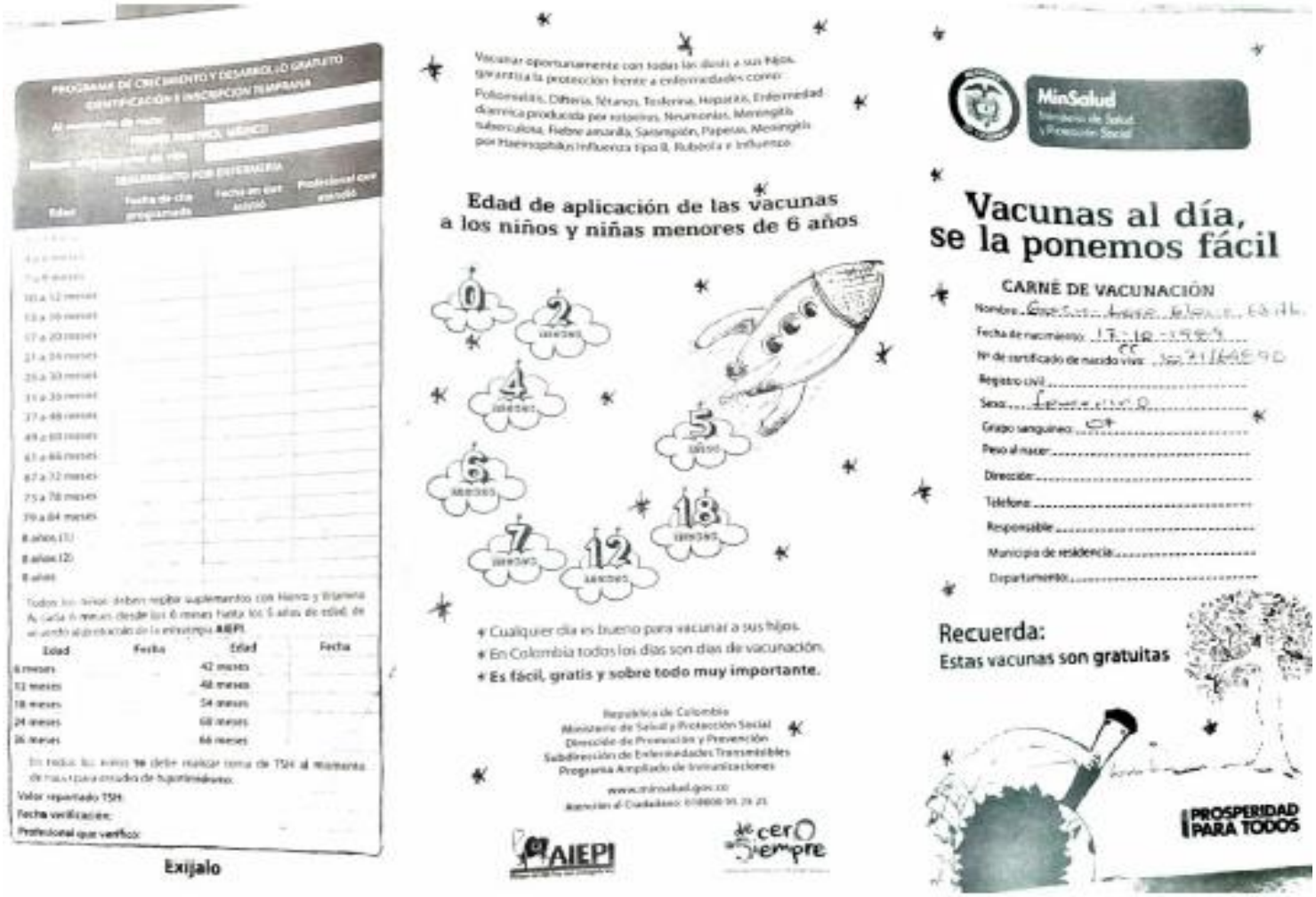
POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Gloria Edith
Apellidos: Garcia Lara
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1071164890
Fecha de Nacimiento: Dia 17 Mes 10 Año 1989



PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad	Fecha de cita vacunación	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
8 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo a la estrategia AIEPI.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de hacer la prueba de Tuberculina.

Valor reportado TSH:
Fecha verificación:
Profesional que verifico:

Exijalo

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus influenza tipo B, Rubeola e Influenza.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años

- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones
www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 22 22

AIEPI

de cero a siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

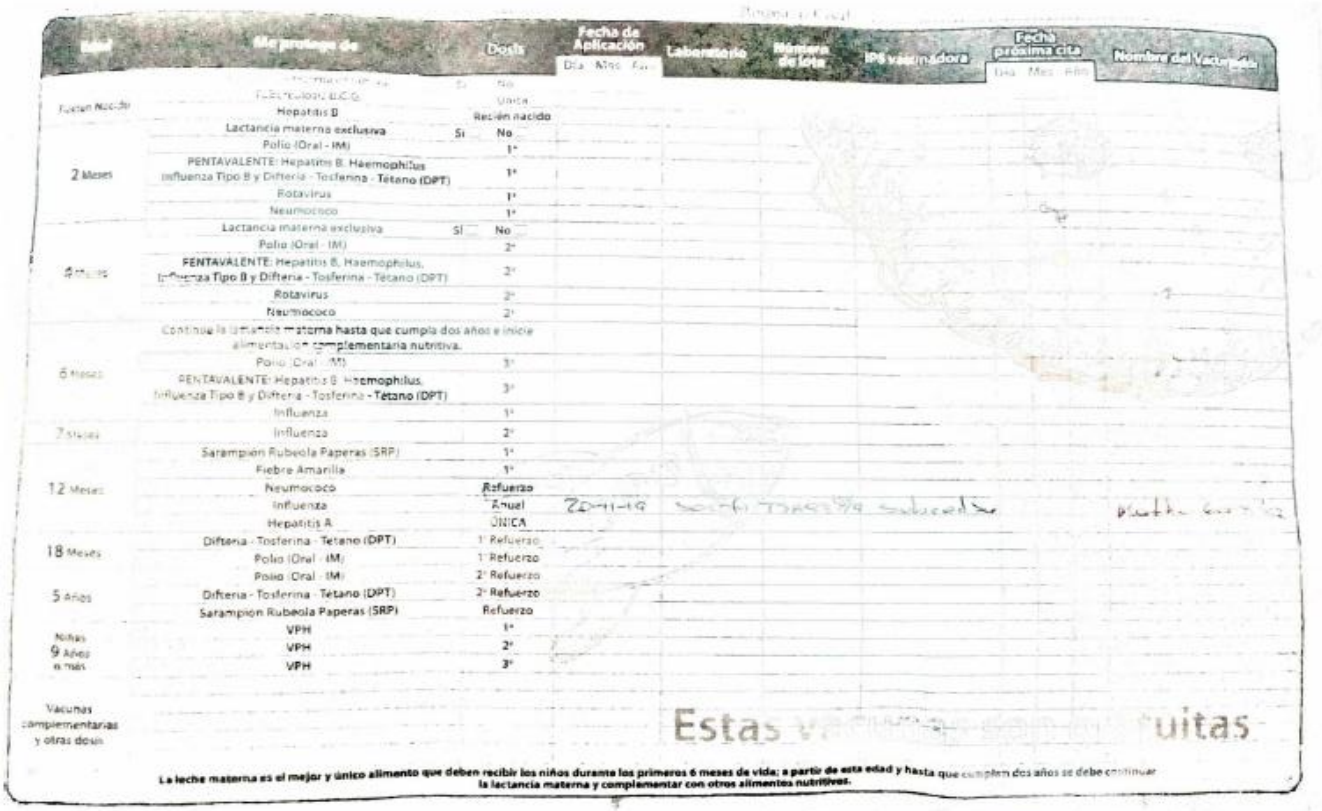
Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: [illegible]
Fecha de nacimiento: 17-12-1993
Nº de certificado de nacido vivo: CC [illegible]
Registro civil:
Sexo: [illegible]
Grado sanguíneo: O+
Peso al nacer:
Dirección:
Teléfono:
Responsable:
Municipio de residencia:
Departamento:

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas

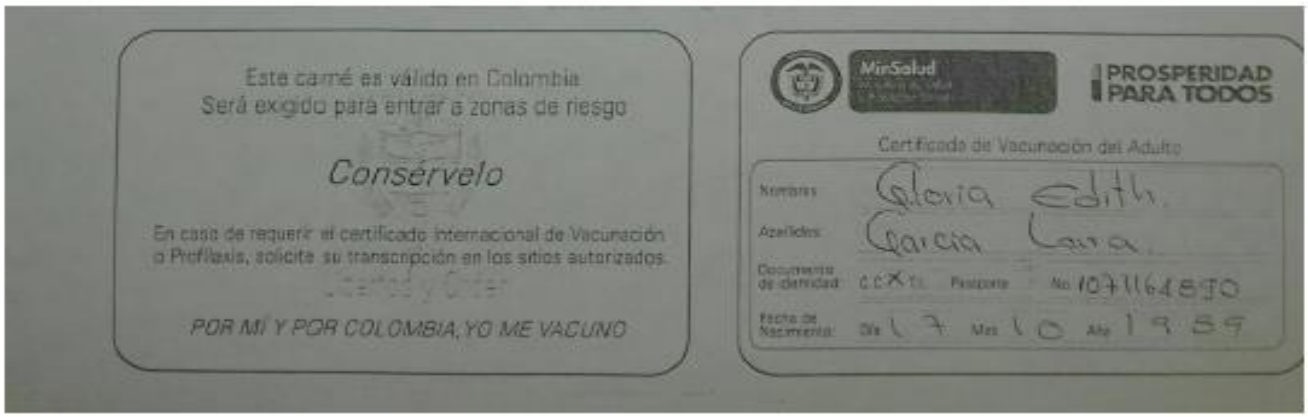
PROSPERIDAD PARA TODOS



Edad	Debe proteger de		Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recien Nacido	Tuberculosis B.C.G.		Unica						
	Hepatitis B		Recién nacido						
	Lactancia materna exclusiva	Si No							
2 Meses	Polio (Oral - IM)		1ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1ª						
	Rotavirus		1ª						
	Neumococo		1ª						
	Lactancia materna exclusiva	Si No							
4 Meses	Polio (Oral - IM)		2ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2ª						
	Rotavirus		2ª						
	Neumococo		2ª						
	Continue la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.								
6 Meses	Polio (Oral - IM)		3ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		3ª						
	Influenza		1ª						
7 Meses	Influenza		2ª						
	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)		1ª						
	Fiebre Amarilla		1ª						
12 Meses	Neumococo		Refuerzo						
	Influenza		Anual	2021-19					
	Hepatitis A		ÚNICA						
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1° Refuerzo						
	Polio (Oral - IM)		1° Refuerzo						
	Polio (Oral - IM)		2° Refuerzo						
5 Años	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2° Refuerzo						
	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)		Refuerzo						
Niñas 9 Años o más	VPH		1ª						
	VPH		2ª						
	VPH		3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis									

Estas v... ...uitas

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.



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.

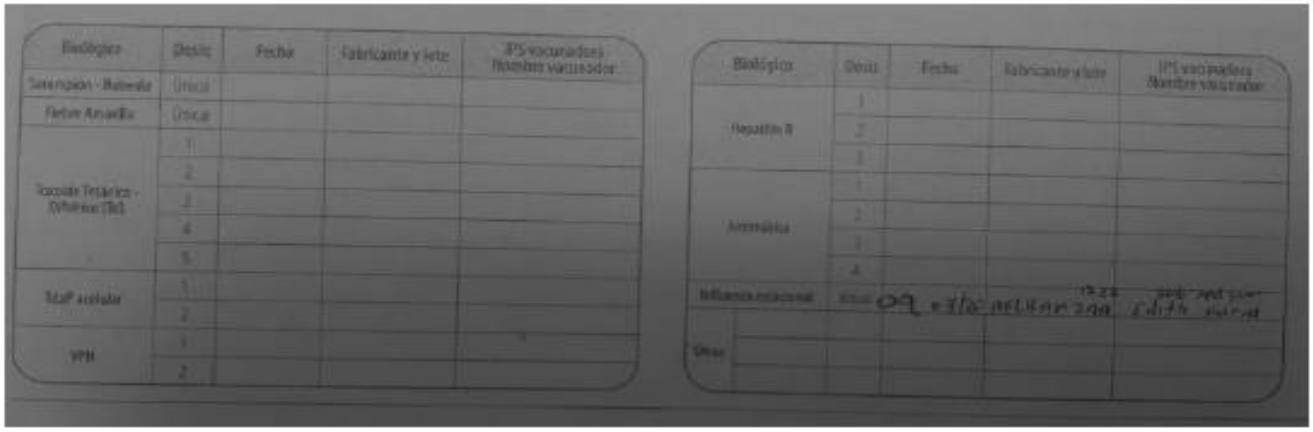
POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Gloria Edith
Apellidos: García Lara
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1071164890
Fecha de Nacimiento: Día 17 Mes 10 Año 1989



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			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Amarílica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	09 [illegible]	13 22	[illegible]
Otras				

CERTIFICADO DE APTITUD

ACR Vital laboral S.A.S IPS

Día	Mes	Año	Ciudad	Departamento
05	07	2019	Tocancipá	Cundinamarca

Tipo de exámen: [X] 1 Ingreso [ ] 2 Cambio ocupación [ ] 3 Periodo programado [ ] 4 Retiro [ ] 5 Post-incapacidad [ ] 6 Reintegro

Nombre y apellido de aspirante o trabajador:	Identificación:
GLORIA EDITH GARCIA LARA	1071164890

Genero	Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	Edad	Empresa
F [X] M [ ]		17	10	1989	29	HOSPITAL TUNAL

Actividad económica:

Cargo u oficio: JEFE DE ENFERMERIA

Tipo de cargo (Marque con una X):

[ ] Administrativo [ ] Operativo [ ] Manipulación de alimemtos [ ] Trabajo en alturas [ ] Otros: _____

Concepto de aptitud (No aplica para examen de retiro)

- [X] Apto sin limitaciones o restricciones para el cargo
- [ ] Apto con limitaciones o restricciones para el cargo
- [ ] No cumple con el perfil o los requisitos para el cargo
- [ ] Aplazado

Exámenes realizados (Marque con una X): Anexo técnico: No [ ] Si [ ] Cual? _____

[ ] EKG	[ ] Triglicéridos	[ ] Audiometría	[ ] Espirometria
[ ] Cuadro hemático	[ ] Glicemia	[ ] Visiometria	[X] Otros: OSTEOMUSCULAR
[ ] Colesterol	[ ] Parcial de orina	[X] Optometría	

Recomendaciones generales:

1. Implementar pausas activas cada dos (2) horas por 5 minutos 2. Actividad Física deportiva 200 minutos semanales 3. Dieta baja en grasas saturadas y en monosacáridos rica en fibra

Recomendaciones especificas: 1. Controles médicos anuales.

[ ] Limitaciones o restricciones: _____

[ ] Causa de aplazamiento: _____

Examen de retiro: Hay sospecha de: Secuela de accidente de trabajo Sí [ ] No [ ] Enfermedad laboral Sí [ ] No [ ]

¿Cuál? _____ Enfermedad común agravada por el trabajo Sí [ ] No [ ]

Remisión a EPS Si [ ] No [ ]

Profesional:

Adriana Cuy
Médico Especialista en Salud Ocupacional
RM. 1997 L.S.O. 25-5981

Aspirante o trabajador:

Carrera 7 No. 7-20 Tocancipá, Cundinamarca. Cel 316 6282144. Correo Electronico: adriana7c19@hotmail.com

OPTOMETRÍA

Medical Protection Salud Ocupacional

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN

01 | 12 | 2020 | CIUDAD: Bogotá

TIPO DE EXAMEN PARACLÍNICO (Marque con una [x])

Ingreso [ ] Egreso [ ] Periódico [ ] Otro [ ]

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

Razón Social: Particular | Dirección del Centro de Trabajo:

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo Documento de Identificación T.I. Tarjeta de Identidad, C.C. Cédula de Ciudadanía, C.E. Cedula de Extranjería, P.T. Pasaporte)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Documento de Identificación No
Garcia	lara	Elena	Edith	1071164990

Género (Marque con una X): Femenino [X] Masculino [ ] | Fecha de Nacimiento: 17 | 10 | 1989 | Edad (años): 31. | EPS (A la que se encuentra afiliado): Medimas

INFORMACIÓN OCUPACIONAL CARGO ACTUAL / RETIRADO O A INGRESAR (Según información suministrada por el aspirante / trabajador y conocimiento que pueda tener el examinador)

Fecha Ingreso a la Empresa	Cargo	Sección	Antigüedad en el cargo actual (No aplica para Ingreso)
D M A	Informes		Años

ANTECEDENTES LABORALES | EMPRESA ANTERIOR: — | Cargo: — | Tiempo (años): — | Tipo de Elemento de Prot.: -

EXPOSICIÓN A RIESGOS OCUPACIONALES OCULARES EN EMPRESA ACTUAL Y / O ANTERIORES

Tipo de Riesgo (Marque con una (x) según exista / existió exposición. Para cada una de las respuestas afirmativas, especifique a continuación)	SI	NO	Tiempo de Exposición: Acumulada (Años)	Tiempo de Exposición: Diaria (Horas)	Uso de Protección Visual: SI	Uso de Protección Visual: NO	Tipo de Protección Visual
Químicos (humos, gases, vapores, polvos)	[ ]	[✓]			[ ]	[✓]	
Radiación Ultra Violeta ó Infrarroja (soldadura, hornos)	[ ]	[✓]			[ ]	[✓]	
Mecánico (Proyección de Partículas)	[ ]	[✓]			[ ]	[✓]	
Iluminación Inadecuada: Excesiva [ ] Deficiente [ ] Reflejos [ ]	[ ]	[✓]			[ ]	[✓]	
Uso de Video Terminales	[ ]	[✓]			[ ]	[✓]	

OBSERVACIONES

ANTECEDENTES PERSONALES (Marque con una (x) la casilla que corresponda según sea afirmativo o negativo)

Generales	SI	NO	Oculares	OJO DERECHO: SI	OJO DERECHO: NO	OJO IZQUIERDO: SI	OJO IZQUIERDO: NO
Hipertensión Arterial	[ ]	[✓]	Cirugía Ocular	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]
Diabetes	[ ]	[✓]	Queratocono	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]
Hipoglicemia	[ ]	[✓]	Glaucoma	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]
Toxoplasmosis	[ ]	[✓]	Catarata	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]
Cefalea	[ ]	[✓]	Retinopatía	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]
Trauma Craneoencefálico	[ ]	[✓]	Desprendimiento de Retina	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]
Otro(s) [ ] Cuál(es) _____			Ambliopía	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]
			Estrabismo	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]

(Marque con una (x) la casilla correspondiente SI o NO, según sea el caso. Para cada una de las respuestas afirmativas, especifique a continuación)

Problemas de refracción: SI [ ] NO [✓] ¿Cuál? _____ Tiempo de Evolución: [ ] Años

Corregido: [ ] [✓] Tipo de Corrección: Lentes de Contacto [ ] Gafas [ ] Ambos [ ] Frecuencia de Uso: _____

Tiempo Transcurrido desde el último Examen Visual: 24 Meses | Tiempo transcurrido desde el último cambio de Fórmula: [ ] Meses

SINTOMAS Y SIGNOS (Marque con una (x) la casilla que corresponda según sea afirmativo o negativo)

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Dolor Ocular	[ ]	[✓]	Cefalea	[ ]	[✓]	Salto de Renglones	[ ]	[✓]
Irritación Ocular	[ ]	[✓]	Visión Doble	[ ]	[✓]	Disminución Agudeza Visual - Visión Lejana	[ ]	[✓]
Ardor Ocular	[ ]	[✓]	Miodesopsias	[ ]	[✓]	Disminución Agudeza Visual - Visión Próxima	[ ]	[✓]
Cansancio Ocular	[ ]	[✓]	Prurito Ocular	[ ]	[✓]	Secreciones	[ ]	[✓]
Lagrimeo	[ ]	[✓]	Fotofobia	[ ]	[✓]			

OBSERVACIONES

EVALUACIÓN

A. AGUDEZA VISUAL

	Sin Corrección		Con Corrección	
	Visión lejana	Visión Próxima	Visión lejana	Visión Próxima
Ojo Derecho	20/20	0.3		
Ojo Izquierdo	20/20	0.3		

B. LENSOMETRÍA

	Visión lejana	Visión Próxima
Ojo Derecho		
Ojo Izquierdo		

C. EXAMEN EXTERNO (Marque con una (X) la casilla que corresponda según sea afirmativo o negativo).

	OJO DERECHO SI	OJO DERECHO NO	OJO IZQUIERDO SI	OJO IZQUIERDO NO
Pinguécula	✓		✓	
Resequedad Ocular				
Inyección Conjuntival				
Hiperemia Conjuntival				
Ptosis Palpebral				
Pterigio				
[illegible]				
Edema Palpebral				
Blefaritis				

D. ESTADO MOTOR

Cover Test Visión Lejana		0	
Cover Test Visión Próxima 40 Cms		2	
Punto próximo de Convergencia		4 cm	
Retinoscopia	Ojo Derecho	11	
	Ojo Izquierdo		

Marque con una "X" la casilla Normal o Anormal según corresponda	Ojo Derecho		Ojo Izquierdo	
	Normal	Anormal	Normal	Anormal
[illegible]	✓		✓	
Visión Cromática	✓		✓	
Campo Visual	✓		✓	
[illegible]	✓		✓	

E. SUBJETIVO (Ingrese los datos según respuesta del evaluado)

	Esfera	Cilindro	Eje	Agudeza Visual
Ojo Derecho	N	—		20/20
Ojo Izquierdo	N	—		20/20
Adición de Lente	—	—	—	—

OBSERVACIONES

DIAGNÓSTICOS (Marque con una (X) según corresponda)

	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Emetropia	✓	✓
Miopia		
Hipermetropia		
Astigmatismo		
Presbicia		
Ambliopia		
Problema de Motilidad		
Insuficiencia de Convergencia		

	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Problema de Refracción No Corregido		
Problema de Refracción Adecuadamente Corregido		
Problema de Refracción Inadecuadamente Corregido		
Sin requiere corrección	✓	✓

RECOMENDACIONES (Marque con una (X) según corresponda)

Control en un año	Corrección óptica con Anteojos	Valoración por Ortóptica
Control en seis meses	Corrección Óptica con lentes de Contacto	Valoración por Oftalmología

OBSERVACIONES

Uso de EPP

Evaluado por:

Firma:

Nombre:

Registro:

Aspirante o Trabajador (Autorizó la práctica de este examen)

Firma: Glona Edith Garcia Lara

Nombre: Glona Edith Garcia Lara

Documento de Identificación: 1071164890

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
certifica que:

GLORIA EDITH GARCIA LARA

1071164890

Desarrollo el Curso de ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL, con una intensidad de 40 horas

Fecha27 noviembre 2020

3t1sR7cEpv

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

BOGOTÁ

Scanned by TapScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE:

CENTRO SUPERIOR ESAT
"EDUCACIÓN, SALUD, ADMINSTRACIÓN Y TURISMO"
NIT. 900820764-1
EDUCACION INFORMAL
DECRETO 4904/2009 CAPITULO V No. 5.8
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

ESAT
Educación Salud Administración Turismo

CERTIFICA QUE:

GLORIA EDITH GARCIA LARA

CC: 1.071.164.890 De La Calera.

ASISTIÓ Y PARTICIPÓ EN EL CURSO TEORICO-PRÁCTICO

SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

CON UNA INTENSIDAD DE 48 HORAS

Centro Superior ESAT S.A.S
Educación - Salud - Administración - Turismo
NIT. 900.820.764-1
Bogotá - Colombia
REPRESENTANTE LEGAL

Centro Superior ESAT S.A.S
Educación - Salud - Administración - Turismo
NIT. 900.820.764-1
Bogotá - Colombia
COORDINADOR ACADÉMICO

BOGOTÁ DC; 10 DE ENERO DEL 2020

CENTRO SUPERIOR ESAT sas

NIT. 900820764-1

Escuela Nacional de Educación ESAT

Lic. Funcionamiento 5850 23 sept. 2019 S.E.C.
Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano
Decreto 4904-2009 – Decreto 1075 de 2015
Ministerio de Educación Nacional
Educación Informal

CERTIFICA QUE:

GLORIA EDITH GARCIA LARA

C.C No. 1.071.164.890

BAJO LAS NORMAS REGLAMENTARIA Y LA RESOLUCIÓN 3100 DE 2019
ASISTIÓ Y PARTICIPÓ SATISFACTORIAMENTE EN EL CURSO TEÓRICO PRÁCTICO

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

Centro Superior ESAT S.A.S

REPRESENTANTE ESAT

Centro Superior ESAT S.A.S

COORDINADOR ACADÉMICO

Bogotá D.C. 08 de Enero 2020

Vigencia dos (2) Años

Codigo de Verificación CSE-009-55 08-01-20

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL	DI-GRI-FT-07 V1

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	11-2020	CIUDAD:	Bogotá D.C	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terronsmo.

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PÚBLICO	OTRO	CUAL:
☐	☐	☒	☐	☐	NA

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Garcia	Lara	Gloria	Edith

TIPO DE IDENTIFICACIÓN				No IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1.071.164.890	La Calera	2007/10/25
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	NA			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒	NO ☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAÍS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
17/10/1989	La Calera	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL			PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELÉFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	2	NA	3125570341
UNION LIBRE ☐	VIUDO(A) ☐				

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA						PROFESIÓN / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☒	BACHILLER ☐	PRIMARIA ☐	CUAL: NA	Enfermera
TÉCNICO ☐	TECNÓLOGO ☐	OTRO ☐				

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAÍS RESIDENCIA:	TELÉFONO RESIDENCIA
cll 18va A-1 Este-28	Calera	Cundinamarca	Colombia	NA

CORREO ELECTRÓNICO:	PORTAL O PÁGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
gaglogala@gmail.com	NA	PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐

DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAÍS:	TELÉFONO/FAX
N/A	NA	NA	NA	NA

2. DATOS DEL CÓNYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NA	NA	NA	NA

TIPO DE IDENTIFICACIÓN				NUMERO IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☐	C.E ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	NA	NA	NA	
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL: NA		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐	NO ☐	NACIONALIDAD:	NA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: NA	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA.... ☐		

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA
	SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒		NA NA
	NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☐	SECUNDARIA: ☐

FUNCIONARIO PÚBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DÓNDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	NA

Scanned by TapScanner

ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒	# NIT	NA

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGÉTICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGÍA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL: NA

DIRECIÓN DE LA EMPRESA	TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS
NA	NA	NA	NA	NA
CARGO ACTUAL	NA		FECHA VINCULACIÓN	NA

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NÚMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD
NA	NA	NA	NA	NA	NA

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	NA	GASTOS FAMILIARES	2000.000	AHORROS	NA	SALDO HIPOTECA	NA
HONORARIOS	3000.000	ARRIENDOS	NA	INVERSIONES	NA	TARJETAS DE CRÉDITO	NA
ARRIENDOS	NA	CUOTA VEHÍCULO	NA	VEHÍCULOS	NA	DEUDA VEHÍCULOS	NA
COMISIONES	NA	CUOTA VIVIENDA	NA	PROPIEDADES	NA	DEUDAS TERCEROS	NA
OTROS INGRESOS*	NA	OTROS EGRESOS*	NA	OTROS ACTIVOS*	NA	OTROS PASIVOS*	NA
TOTAL INGRESOS	$ 0	TOTAL EGRESOS	$ 0	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS	DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS	DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS	DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS
NA	NA	NA	NA

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Castellanos	Arango	Maya	NA
DIRECCIÓN	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS**	**TIPO RELACIÓN**	**TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR**
cll 67 # 17B 10 sur	Bogotá D.C	amiga	3102998726

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
NA	NA	NA	NA	NA

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	PAÍS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
NA	NA	NA	NA	NA	NA

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRÉSTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐

CUAL: NA

8. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Supenntendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Actividades como Enfermera

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E se destinaran a actividades licitas.
5. Informare inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

Scanned by TapScanner

10. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la E.S.E, Subred Integrada de Servicios de Sur E.S.E, con Nit 900958564-9, ubicada en la Carrera 20 # 47B -35 sur , teléfono 7300000 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la E.S.E y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la E.S.E y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le E.S.E y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la E.S.E y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la E.S.E y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la E.S.E y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la E.S.E y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Extema 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

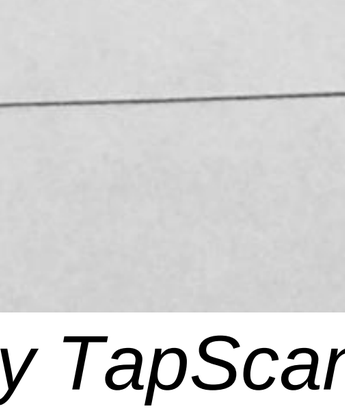
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Carrera 20 #47B - 35 Sur Bogotá DC, telefono 7300000)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Elana Edith Garcia Lara

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR LA ENTIDAD

X. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA			
1. Fecha		2. Ciudad	
3. Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN			
1. Fecha		2. Ciudad	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:			
4. Lugar de la verificación:			
5. Observaciones:			
6. Firma y cédula:			

Scanned by TapScanner



POST TEST INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN 2020

Puntos totales 100/100

El siguiente instrumento tiene como finalidad analizar el conocimiento obtenido como resultado de la inducción - reinducción. Por tal motivo califique cada enunciado de acuerdo a los rangos propuestos con honestidad y tranquilidad.

Dirección de correo electrónico *

gaglogala@gmail.com

Documento de Identidad *

1071164890

Nombres y apellidos *

gloria edith garcia lara



Certificación
de afiliación

Certificado de Afiliación

La Señora GLORIA EDITH GARCIA LARA , identificada con Cédula Ciudadanía 1.071.164.890, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	GLORIA EDITH GARCIA LARA		
Número de Identificación:	1071164890	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/06/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	PILA
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen:	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CALLE 8 1 ESTE 28	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	8602020	Depto. Residencia:	SANTAFE DE BOGOTA DC

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
1071164890	GARCIA LARA GLORIA EDITH	01/04/2018	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 1 días del mes de Diciembre de 2020, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

**SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55**

CORDIALMENTE



Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

Elaboro:

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) GLORIA EDITH GARCIA LARA identificado(a) con C.C No. 1.071.164.890, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el dia 20 de noviembre del 2020.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

ARL | sura

Medellín, 20 de noviembre de 2020

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que GLORIA EDITH GARCIA LARA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1071164890 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 17/04/2018 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - ASISTENCIAL
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL
CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:C1071164890203254576S

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: 20/11/2020 12:42 PM

Dirección IP: 191.156.26.100, 172.16.42.57

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO** **FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-024** **VERSIÓN: 01** **FECHA: 2017-08-04**

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1071164890	SURA
Numero de Documento	ARL

Gloria	Edith	Garcia	Lara
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

17/10/7989	La calera	Calle 8 a 1 este 28	8602020
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Medimas	Colfondos	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

gaglogala@gmail.com	3125570341
Correo Electrónico	Celular

	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 3949196

Bogotá D.C., 20 de Noviembre de 2020 - 10:56 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **GLORIA EDITH GARCIA LARA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UNO MIL SETENTA Y UNO MILLONES CIENTO SESENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA** de LA CALERA

1071164890

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

JUAN RAMÓN JIMENEZ OSORIO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: _ZNJ8_
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 154208211

WEB
11:01:49

Bogotá DC, 20 de noviembre del 2020

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) GLORIA EDITH GARCIA LARA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1071164890:

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 linea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:13:41 horas del 20/11/2020, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1071164890**
Apellidos y Nombres: **GARCIA LARA GLORIA EDITH**

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

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 viernes 20 de noviembre de 2020, a las 11:06:17, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1071164890
Código de Verificación	1071164890201120110617

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

Digitó y Revisó: WEB

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7- 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que GLORIA GARCIA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.071.164.890 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 380371260, abierta/o desde el 15/1/2015.

Se expide en Bogotá el día 4 del mes de Diciembre del año 2020 con destino a: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR. E.S. E



_____

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO