



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Empulebnja

1

DATOS PERSONALES

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|--------------------|
| PRIMER APELLIDO Rivera | | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Perez | | NOMBRES Keyla Juliana | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 1095926689 | | | SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | NACIONALIDAD COL <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/> | PAÍS COLOMBIA |
| LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/> | | NÚMERO | | D.M. | |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | |
| FECHA DIA 28 MES 08 AÑO 1991 | | | CARRERA 20 N° 22-21 | | |
| PAÍS COLOMBIA | | | PAÍS COLOMBIA | | DEPTO SANTANDER |
| DEPTO SANTANDER | | | MUNICIPIO GIRÓN | | |
| MUNICIPIO RIONEGRO | | | TELÉFONO 3167708288 | EMAIL kejulianita26@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 BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | EDUCACION MEDIA | | |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-----|-------|-----------------|-----------------|-----|------|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | | MEDIA | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 07 | AÑO | 2008 |
| | | | | | | | | | | X | | | | |

EDUCACIÓN 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 | |
| PREGRADO | 10 | X | | ADMINISTRACIÓN EN SALUD OCUPACIONAL | 09 | 2021 | |

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|----|---------------------|----|---|------|------------|----|------------|----|------------|------|
| EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION SINDICAL GESTION INTEGRAL AT | | | PÚBLICA X | | PRIVADA X | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO SANTANDER | | | MUNICIPIO BUCARAMANGA | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | |
| TELÉFONOS 6959990 | | | FECHA DE INGRESO | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 10 | <i>Mes</i> | 02 | <i>Año</i> | 2022 | <i>Día</i> | 31 | <i>Mes</i> | 05 | <i>Año</i> | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO DE SUBGERENCIA ADMINIST | | | DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA SUBGERENTE | | | | DIRECCIÓN CALLE 62 17A 76 LA CEIBA | | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD CLINICA GUANE - FLORIDABLANCA | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO SANTANDER | | | MUNICIPIO FLORIDABLANCA | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | |
| TELÉFONOS 6487450 | | | FECHA DE INGRESO | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 03 | <i>Mes</i> | 03 | <i>Año</i> | 2016 | <i>Día</i> | 03 | <i>Mes</i> | 12 | <i>Año</i> | 2016 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO AL GESTION DOCUMENTAL | | | DEPENDENCIA ARCHIVO GESTION DOCUMENTAL Y | | | | DIRECCIÓN CALLE 4 7 1 | | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD CLINICA GUANE - FLORIDABLANCA | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO SANTANDER | | | MUNICIPIO FLORIDABLANCA | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | |
| TELÉFONOS 6487450 | | | FECHA DE INGRESO | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 24 | <i>Mes</i> | 03 | <i>Año</i> | 2015 | <i>Día</i> | 15 | <i>Mes</i> | 11 | <i>Año</i> | 2015 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO ATENCION AL CLIENTE | | | DEPENDENCIA AREA ATENCION AL USUARIO | | | | DIRECCIÓN CALLE 4 7 1 | | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE TRANSITO Y TRANSPORTE - FLORIDABLANCA | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO SANTANDER | | | MUNICIPIO FLORIDABLANCA | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | |
| TELÉFONOS 6187939 | | | FECHA DE INGRESO | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 05 | <i>Mes</i> | 03 | <i>Año</i> | 2013 | <i>Día</i> | 03 | <i>Mes</i> | 12 | <i>Año</i> | 2013 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO A LA INSPECCION | | | DEPENDENCIA AREA DE INSPECCION DE TRANSITO | | | | DIRECCIÓN CALLE 9 8 14 | | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD JOSE MAURICIO LOPEZ GAMBOA | | | PÚBLICA | | PRIVADA X | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO SANTANDER | | | MUNICIPIO BUCARAMANGA | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | |
| TELÉFONOS 6414907 | | | FECHA DE INGRESO | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 03 | <i>Mes</i> | 01 | <i>Año</i> | 2012 | <i>Día</i> | 31 | <i>Mes</i> | 12 | <i>Año</i> | 2012 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL 1172 AUXILIAR ADMINISTRATIVA | | | DEPENDENCIA AUXILIAR ADMINISTRATIVA | | | | DIRECCIÓN CALLE 64 17A 29 SECTOR 2 LA CEIBA | | | | | | | |

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

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---------------------------------|-----------------------|----------|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 2 | 1 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 1 | 3 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | 3 | 5 |

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Lebrija, 10 de enero de 2024

Keyla Juliana Rivera Pérez

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

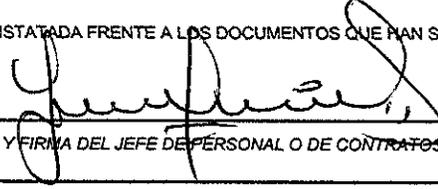
7

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.

Enero 15 - 2023

Ciudad y fecha



NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

COLEGIO BOSTON

Programa de Bachillerato por Ciclos Lectivos Especiales Integrados

Autorizado por la Secretaría de Educación del Departamento de Santander, según
Resolución No. 0446 de Junio 3 de 1998

CONFIERE A:

Keyla Juliana Rivera Pérez

T. I. No. 91082611210 de Lebrija (Santander)

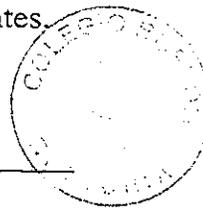
EL TITULO DE:

BACHILLER ACADÉMICO

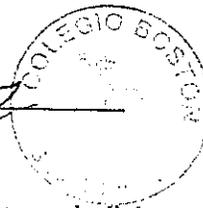
Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel
de Educación Media Académica (Artículo 28, Ley 115 de 1994)
según los planes y programas vigentes.



[Firma]
RECTOR



[Firma]
SECRETARIA



Anotado al folio No. 007 del Libro para control interno de diplomas No. 01

Dado en Bucaramanga, Santander a los 12 días del mes de Julio de 2008

No requiere registro de la Secretaría de Educación,
según Decreto 921 del 6 de mayo de 1994,
y 2150 del 5 de diciembre de 1995,
de la Presidencia de la República.



COLEGIO BOSTON

Programa de Bachillerato por Ciclos Lectivos
Especiales Integrados

Acta Individual de Graduación

En la ciudad de Bucaramanga - Santander, a los doce (12) días del mes de Julio de 2008 se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por Oscar Guillermo Pinzón Sáenz (Rector) y Rosalba Gómez Gómez (Secretaria), en el cual el COLEGIO BOSTON confirió el título de:

BACHILLER ACADÉMICO

a:

Keyla Juliana Rivera Pérez

T. I. No: 91082611210 de Lebrija (Santander)

Quien cumplió con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los reglamentos y normas legales vigentes. Le fue otorgado el diploma que lo acredita como tal.

Esta Institución está aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación, Básica y Media Académica por la Secretaría de Educación Departamental, para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad Académica, según Resolución No. 0446 de Junio 3 de 1998.

Es fiel copia del Acta original No. 021 de fecha 12 de Julio de 2008.

Dada en Bucaramanga - Santander, a los doce (12) días del mes de Julio de 2008

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1981.

Oscar Guillermo Pinzón Sáenz
Rector

Rosalba Gómez Gómez
Secretaria

Nota: No requiere registro, según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el M.E.N.



Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano,
con autorización oficial, Resolución No. 2223 del 3 de diciembre de 2009
emanada de la Secretaría de Educación de Bucaramanga

Certifica que:

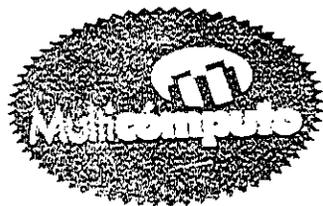
Keyla Juliana Rivera Perez

C.C. No. 1095926689 Expedida en Lebrija(Std)

Asistió y desarrolló las competencias correspondientes al programa

*Auxiliar Laboral de Asistencia
Administrativa*

Con una intensidad de 200 horas



[Handwritten Signature]
Representante Legal



Expedido en Bucaramanga, a los 07 días del mes de ABRIL

del año 2013 Anotado en el Folio No. 36 del Libro No. 115 de Constancias.

Certificado
65802625 / 154827688

**KEYLA JULIANA RIVERA
PEREZ**



Participó y Aprobó el curso
**Diplomado en Sistemas de Gestión
Integrados - HSEQ - ISO 9001:2015, ISO
14001:2015 e ISO 45001:2018. 96
Horas**

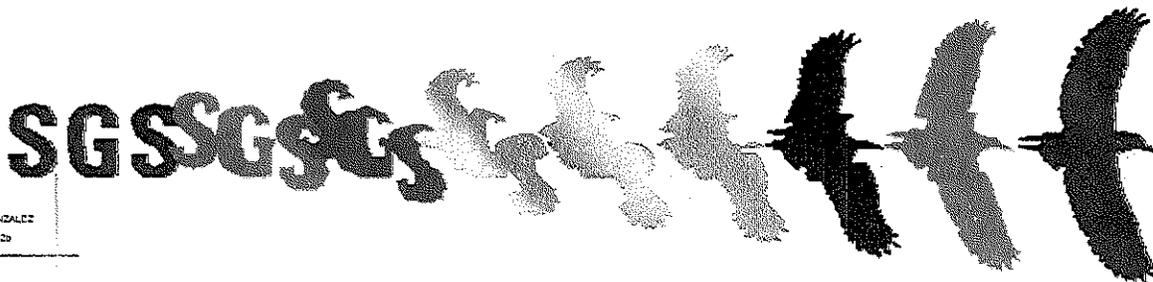
Con una intensidad horaria de 96 Horas

Organizado en
CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

Entre las fechas
13 Marzo 2021 - 7 Junio 2021


Catalina Doncel González
Product Manager KNOWLEDGE

SGS Colombia S.A.S
Carrera 100 # 25C-11 Bodega 3
Bogotá
www.sgs.co, www.sgs.com.co





UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios
Educación de calidad al alcance de todos
Vigilada MinEducación

Centro Regional Bucaramanga

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Resolución No. 10345 del 01 de agosto de 1992 del Ministerio de Educación Nacional

Certifica que:

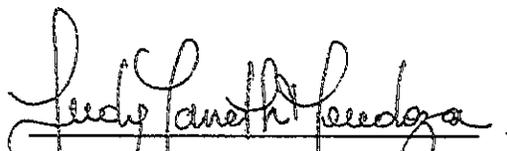
KEYLA JULIANA RIVERA PEREZ

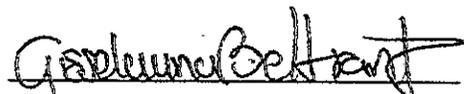
CC. 1095926689

Cursó y aprobó de forma satisfactoria todos los requisitos del

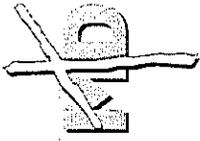
DIPLOMADO EN SISTEMAS DE GESTIÓN INTEGRADOS HSEQ

Con duración de 384 horas. En testimonio de lo cual se expide el presente en la ciudad de Bucaramanga a los 30 días del mes de julio de 2021


Mg. Ludy Yaneth Mendoza Sandoval
Directora Académica Vicerrectoría Regional
Santanderes


Mg. Gissela Viviana Beltrán Pérez
Coordinadora Admisiones y Registro
Centro Regional Bucaramanga

AC 176-07-30-2021



UNIMINUTO

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Keyle Juliana Rivera Perez

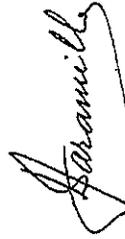
CC No. 1.095.926.689

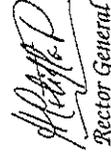
*Ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Institución,
la cual, con las debidas autorizaciones le otorga el título de*

Administradora en Salud Ocupacional

Código SNIES: 91236

en testimonio se firma y sella este diploma


Consejo de Fundadores


Rector General


Rector UNAD

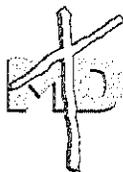

Secretario General



Presencia inscrita otorgada por
Resolución No. 18316 del 1 de Agosto de 1991,
Ministerio de Educación Nacional.

República de Colombia

Folio 633 del Libro de Registro No. 011
Barranquilla, 3 de Septiembre de 2021
No. DP 011117633151577



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 117

La Suscrita Secretaria General de La Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO.

Certifica:

Que en la ciudad de Bucaramanga, departamento de Santander; el día tres (3) de Septiembre de dos mil veintiuno (2021), la **Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO**, Institución de Educación Superior, reconocida por el Ministerio de Educación Nacional, previo el juramento reglamentario, confirió el título de **Administradora en Salud Ocupacional** a **Keyla Juliana Rivera Perez** con cédula de ciudadanía No. **1.095.926.689** quien aprobó la opción de grado correspondiente y cumplió con las normas legales, los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Estatutos y Reglamentos para el grado, y le otorgó el Diploma No. **DP011117633151577** que la acredita como tal, registrado en el Folio **633** del Libro No. **011** de Registro de Títulos expedidos por la **Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO**.

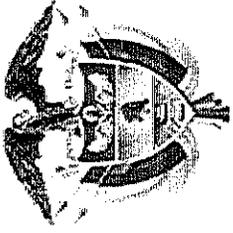
La **Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO** está autorizada para conferir este título por la Ley 30 del 28 de Diciembre de 1992. El programa cuenta con Resolución de Registro Calificado según Código SNIES **91236** concedido por el Ministerio de Educación Nacional.

En constancia de lo anterior se firma en la ciudad de Bucaramanga, departamento de Santander; el día tres (3) de Septiembre de dos mil veintiuno (2021).

Javier Alonso Arango Pardo
Rector UVD

Linda Lucía Guarín Gutiérrez
Secretaria General





República de Colombia

Aliados en Tecnología y Calidad S.A.S.

Autorizado por el Ministerio de Trabajo según Registro Certificado de Oferente RCO-0027

Confiere

Certificado de Capacitación, Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)

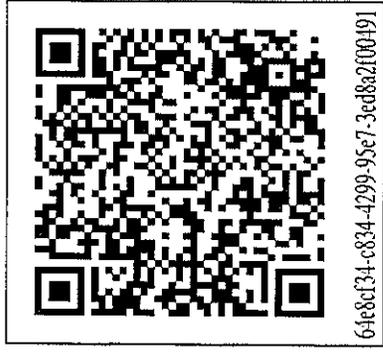
Intensidad de 50 Horas

A

Keyla Juliana Rivera Perez

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 1095926689.

Bogotá, 25 de agosto de 2023



64e8c34+c834-4299-95e7-3ed8&2f00191

Tipo de declaración Fecha de publicación

| Nombres y apellidos completos | | | |
|-------------------------------|----------------|-----------------|------------------|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| KEYLA | JULIANA | RIVERA | PEREZ |

Documento de identificación
Tipo Número Lugar de nacimiento
País Departamento Municipio Lugar de domicilio
País Departamento Municipio

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

Lugar de sede
País Departamento Municipio Dirección Cargo o función que cumple

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACRENCIAS

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

| CONCEPTO | VALOR |
|-------------------------------------|--------|
| Salarios y demás ingresos laborales | |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | \$0,00 |

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

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|----------------|--------------------------|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|--------------|------|--------------|-----------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|----------|-------|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí No

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

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|------------------------------|--------|--------------------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí No

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

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|------|------------------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí No

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

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|----------------------------|---------------------|
| | |
| | |
| | |

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí No

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

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---------------|----------------|-----------------|------------------|
| | | | |

Tipo documento

Número

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

| |
|--|
| |
|--|

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño:

Sí No

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí No

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí No

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

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---|---------|-------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí No

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

| Tipo de inversión | Valor | País |
|-------------------|-------|------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí No

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

| Nombre entidad | Valor |
|----------------|-------|
| | |
| | |
| | |
| | |

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí No

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

LA ASOCIACIÓN DE TRABAJADORES DEL SECTOR DE SERVICIOS ORGANIZACIONALES, INSTITUCIONALES Y DE FOMENTO EMPRESARIAL - "GESTIÓN INTEGRAL AT"

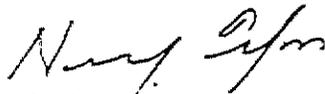
CERTIFICAMOS:

Que la señora **KEYLA JULIANA RIVERA PEREZ** identificada con cédula de ciudadanía número **1095926689** expedida en GIRÓN - SANTANDER, ejecutó el perfil de **TECNICO ADMINISTRATIVO**, en el área de subgerencia de SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA (UNIDAD FUNCIONAL TALENTO HUMANO) en el siguiente periodo: desde el jueves, 10 de febrero del 2022 hasta el martes, 31 de mayo del 2022; dentro de la ejecución de las actividades desarrolladas por la Asociación en el Centro Productivo **Hospital Universitario De Santander**.

| Fecha inicio | Fecha finalización | Cargo | Salario |
|--------------|--------------------|------------------------|--------------|
| 2022-02-10 | 2022-03-15 | TECNICO ADMINISTRATIVO | \$ 1.030.408 |
| 2022-03-16 | 2022-05-31 | TECNICO ADMINISTRATIVO | \$ 1.100.000 |

Se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Bucaramanga el día **05 de Enero del 2024**.

Atentamente;



NANCY OLIVEROS

Nómina y Seguridad Social

Vo.Bo. GIV

| | | | |
|---|-----------------------------|------|-------------------------|
|  | E.S.E. CLINICA GUANE SU RIS | | |
| | CONTRATO | | |
| | Fecha: | 2013 | Código TRD: 15.06.01 |

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No: 0058

CONTRATISTA: KEYLA JULIANA RIVERA PEREZ

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA COLABORAR EN LOS TRÁMITES NECESARIOS EN EL PROCESO DE ORGANIZACIÓN DOCUMENTAL QUE SE DESARROLLA EN EL ARCHIVO CENTRAL, ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS Y ARCHIVOS DE GESTION DE LAS DIFERENTES UNIDADES FUNCIONALES DE LA E.S.E. CLÍNICA GUANE Y SU RED INTEGRAL DE SALUD DE FLORIDABLANCA.

VALOR: DIEZ MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y TRES MIL TRECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE (\$10.963.333.00).

FORMA DE PAGO: SE REALIZARÁ AL CONTRATISTA DE LA SIGUIENTE MANERA: A. UN PRIMER PAGO POR LA SUMA DE UN MILLON SESENTA Y TRES MIL TRECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE (\$ 1.063.333) AL VENCIMIENTO DEL MES DE MARZO. B. EN NUEVE (09) MENSUALIDADES VENCIDAS, CADA UNA POR VALOR DE UN MILLÓN CIENTO MIL PESOS M/CTE (\$1.100.000.00)

Entre la E.S.E. CLÍNICA GUANE Y SU R.I.S., con N.I.T. No. 804006936-2, representado legalmente por su Gerente Dra. LIZ ALIETH MATEUS SANTAMARIA, mujer mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.351.109 expedida en Bogotá, según consta en el Decreto No.0105 de 20 abril 2012 y acta de posesión No 0105 de 2012, en uso de sus facultades legales y de conformidad con el artículo 28 del Acuerdo No. 004 de 2003 y el Acuerdo No. 006 del 04 de septiembre de 2014 (Manual de Contratación), el cual le otorga facultades para celebrar contratos, quien en adelante se denominará el CONTRATANTE, por una parte y por la otra KEYLA JULIANA RIVERA PEREZ, mujer mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.095.926.689 expedida en Girón Santander., quien para los efectos de este documento se llamará el CONTRATISTA, siguiendo los lineamientos establecidos en la convocatoria privada, se ha demostrado su idoneidad directamente relacionada con el área que se trata, teniendo en cuenta la hoja de vida para la ejecución del mismo, por lo cual se decide celebrar un contrato de prestación de servicios, que se registrá por las siguientes cláusulas: PRIMERA: OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA COLABORAR EN LOS TRÁMITES NECESARIOS EN EL PROCESO DE ORGANIZACIÓN DOCUMENTAL QUE SE DESARROLLA EN EL ARCHIVO CENTRAL, ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS Y ARCHIVOS DE GESTION DE LAS DIFERENTES UNIDADES FUNCIONALES DE LA E.S.E. CLÍNICA GUANE Y SU RED INTEGRAL DE SALUD DE FLORIDABLANCA. SEGUNDA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: El contratista se compromete a cumplir, además de las obligaciones inherentes a la naturaleza del mismo, las derivadas de las disposiciones legales vigentes y en especial, las siguientes: 1. Clasificar de acuerdo a la normatividad vigente por número de documento de identidad las Historia Clínicas que se encuentran de manera manual y no están registradas en el software. 2. Archivar los documentos en orden cronológico al finalizar el proceso de pago hecho en TERSORERIA en la carpeta que corresponda de acuerdo a la normatividad de archivo. 3. Foliar cada uno de los contratos de la vigencia actual y vigencias anteriores en la medida en que se vaya alimentando cada carpeta, según la normatividad de archivo. 4. Apoyo en la recepción y entrega de la documentación generada en las diferentes unidades funcionales de la E.S.E Clínica Guane. 5. Organización archivo de control interno disciplinario de acuerdo a la normatividad vigente. 6. Digitalización de los pagos que se adicionan a la carpeta de documentos de la contratación. 7. Inspeccionar permanentemente las áreas destinadas para la organización de los archivos y mantenerlo en condiciones higiénicas y ambientales. 8. Elaborar un informe mensual de las actividades cuantificadas y presentar al Supervisor del contrato. 9. Las demás que le sean asignadas por la Supervisión y que sean acordes al objeto contractual. TERCERA: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: El contratante se obliga a cumplir con las siguientes obligaciones contractuales: A) Suministrar al contratista toda la información que requiera para que pueda cumplir sus funciones. B) Pagar cumplidamente al contratista el valor pactado en este contrato. CUARTA: VALOR: El valor del presente contrato corresponde a la suma de DIEZ MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y TRES MIL TRECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE (\$10.963.333.00). QUINTA: FORMA DE PAGO: a. Un primer pago por la suma de UN MILLON SESENTA Y TRES MIL TRECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE (\$ 1.063.333) al vencimiento del mes de Marzo, previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor; y b. En Nueve (09) pagos por mensualidades vencidas, cada una por valor de UN MILLÓN CIENTO MIL PESOS M/CTE (\$1.100.000.00), cada pago se hará previa certificación de cumplimiento por parte del Supervisor. SEXTA: PLAZO: El plazo de ejecución del contrato será de NUEVE (09) MESES Y VEINTINUEVE (29) DÍAS, contados a partir de la suscripción del acta de inicio y en todo caso, no podrá superar la vigencia del año 2016, por tal motivo, se terminará y liquidará el 31 de diciembre de 2016, en el estado en que se encuentre. El servicio se prestará en las instalaciones de la E.S.E Clínica Guane y su R.I.S. SÉPTIMA: IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL: El valor del presente contrato se pagará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 16-00102 del 02 de Marzo 2016, Rubro Presupuestal No. 03201001 Técnico Administrativo, para la vigencia del año 2016. OCTAVA: SUPERVISIÓN DEL CONTRATO: La SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, será la encargada de vigilar que el contratista cumpla estrictamente con todas sus obligaciones contractuales. Para que proceda el pago será indispensable que el supervisor rinda un informe donde se establezca si el contratista cumplió con sus obligaciones. NOVENA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS CONTRACTUALES: En el evento de ocurrir alguna o algunas diferencias entre las partes contratantes, derivadas u originadas en la celebración y ejecución de este contrato, las partes solucionarán sus diferencias mediante la aplicación de los siguientes mecanismos alternativos de solución de conflictos: arreglo directo; terminación por mutuo acuerdo; transacción; designación de un amigable componedor; si fracasaren los anteriores mecanismos se utilizará la conciliación. DÉCIMA: CESIÓN: El presente contrato solo podrá cederse con autorización escrita de la E.S.E. Clínica Guane y su R.I.S. DÉCIMA PRIMERA: CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO: El servicio se prestará personal y directamente por el contratista. DÉCIMA SEGUNDA: RELACION LABORAL: El presente contrato por no ser un contrato de trabajo,

Calle 4 No. 7 - 01

Teléfonos: 648 7450 - 648 7442 - 649 8880

Floridablanca - Santander

www.risclinicaguane.gov.co

e-mail: info@risclinicaguane.gov.co

| | | | |
|---|-----------------------------|------|-------------------------|
|  | E.S.E. CLINICA GUANE SU RIS | | |
| | CONTRATO | | |
| | Fecha: | 2013 | Código TRD: 15.06.01 |

no genera relación laboral entre las partes. DÉCIMA TERCERA: RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA: El contratista será responsable ante las autoridades de los actos u omisiones que desarrolle en el ejercicio de las actividades del presente contrato cuando con ellas cause perjuicios a la administración o terceros. DÉCIMA CUARTA: GARANTIAS: El contrato, deberá estar amparado en algunos riesgos que deben ser asumidos por el contratista y previstos por la entidad estatal, por ello se deben establecer las garantías legales contra los siguientes eventos y cuantías así: Cumplimiento del contrato: Por un valor equivalente al quince por ciento (15%) del valor del contrato y con una vigencia igual al plazo de ejecución del contrato y cuatro (4) meses más. Calidad del Servicio: por un valor equivalente al veinte por ciento (20%) del valor del contrato y con una vigencia igual al plazo de ejecución del contrato y cuatro (4) meses más. DÉCIMA QUINTA: IMPOSICION DE MULTAS, SANCIONES Y DE LA DECLARATORIA DE INCUMPLIMIENTO: En caso de iniciarse procedimiento para la imposición de multas, sanciones y declaratoria de incumplimiento, la E.S.E Clínica Guane dará estricto cumplimiento al artículo 86 de la ley 1474 de 2011. Las multas y sanciones (clausula penal) se pactan de mutuo acuerdo hasta por el 15% del valor total recaudado. En caso de multa se graduara la misma dependiendo de su gravedad pero no podrá ser superior al 15% del valor total recaudado. DÉCIMA SEXTA: POTESTADES EXCEPCIONALES: El presente contrato se aplicarán las potestades excepcionales señaladas en la Ley 80 de 1993 (interpretación unilateral, modificación unilateral, terminación unilateral y caducidad), conforme a lo establecido en el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, previo procedimiento que garantice el debido proceso y el derecho de defensa. DÉCIMA SÉPTIMA: AFILIACIÓN AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL: El contratista se obliga a acreditar su afiliación a salud y pensiones de conformidad con lo ordenado por la Ley, sin existir vínculo laboral alguno entre el contratante y el contratista o entre el contratante y los dependientes del contratista. PARAGRAFO: De conformidad con lo señalado en la Ley 1562 de 2012, el contratista deberá manifestar por escrito que hará parte integral del presente contrato la intención de afiliarse al sistema de Riesgos profesionales, en caso afirmativo, la afiliación se hará a través de la entidad previa autorización del descuento del valor del mismo. DÉCIMA OCTAVA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES: El contratista afirma bajo juramento, no encontrarse incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades previstas en la normatividad vigente. DÉCIMA NOVENA: LIQUIDACIÓN: La liquidación del presente contrato se realizará de acuerdo con lo previsto en el artículo cuadragésimo del Acuerdo No. 006 del 04 de septiembre de 2014. VIGÉSIMA: TERMINACIÓN DEL CONTRATO: El contrato se terminará por las siguientes causales: por cumplimiento del objeto contractual, antes del tiempo establecido; por mutuo acuerdo; por muerte; por incapacidad física permanente y/o disolución y liquidación de la persona jurídica; por interdicción judicial; por renuncia, por vencimiento del plazo del objeto del contrato; por incumplimiento de las obligaciones contractuales. VIGÉSIMA PRIMERA: PERFECCIONAMIENTO Y LEGALIZACIÓN: El presente contrato se considera perfeccionado con la suscripción del mismo por las partes y las correspondientes disponibilidades presupuestales. Para su ejecución (inicio) se requiere la expedición del registro presupuestal y la aprobación de las garantías. Para constancia se firma en la E.S.E. Clínica Guane - Municipio de Floridablanca Santander, a los

03 MAR 2016

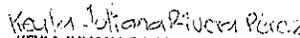
03 MAR 2016

EL CONTRATANTE,


 LUZ A. MATEUS SANTAMARÍA
 Gerente de la E.S.E CLINICA GUANE Y SU RIS


 LEYLA PAOLA REY AVENDAÑO
 Subdirectora Administrativa y Financiera
 Supervisor

EL CONTRATISTA,


 KEYLA JULIANA RIVERA PEREZ
 1.095.926.689 expedida en Girón Santander.

Revisó aspectos jurídicos


 VIVIANA MARCELA BLANCO MORALES
 Jefe Oficina Jurídica

Elaboró: Orlando Sánchez Uribe - contratista -

Calle 4 No. 7 - 01

Teléfonos: 648 7450 - 648 7442 - 649 8880

Floridablanca - Santander

www.risclinicaguane.gov.cc
 e-mail: info@risclinicaguane.gov.cc

| | | | |
|---|--|-------------|--------------|
|  E.S.E. CLINICA GUANE Y SU RED INTEGRAL DE SALUD | E.S.E. CLINICA GUANE Y SU RED INTEGRAL DE SALUD | | |
| | CONTRATO | | |
| Fecha: | 2013 | Código TRD: | Versión : 01 |
| | | 15.06.01 | Pág. 1 de 2 |

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 092

CONTRATISTA: KEYLA JULIANA RIVERA

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS COMO APOYO AL SERVICIO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL USUARIO (SIAU) DE LA E.S.E CLINICA GUANE Y SU RED INTEGRAL DE SALUD, ACTIVIDAD QUE DESARROLLARÁ CON AUTONOMÍA TÉCNICA Y DIRECTIVA EN EL EJERCICIO DE SUS LABORES EN LA E.S.E. CLÍNICA GUANE Y SU RED INTEGRAL DE SALUD DE FLORIDABLANCA.

VALOR: NUEVE MILLONES CIENTO MIL PESOS M/CTE (\$9.100.000).

FORMA DE PAGO: El pago se realizará al contratista de la siguiente manera: en SIETE (07) mensualidades vencidas por valor de UN MILLON TRECIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$1.300.000), previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor.

Entre la E.S.E. CLÍNICA GUANE Y SU R.I.S., con N.I.T. No. 804006936-2, representado legalmente por su Gerente Dra. LIZ ALIETH MATEUS SANTAMARIA, mujer mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 23.351.109 expedida en Bogotá, según consta en el Decreto No.0105 de 20 abril 2012 y acta de posesión No 0105 de 2012, en uso de sus facultades legales y de conformidad con la resolución 071 de 2014 y el Acuerdo No. 006 del 04 de septiembre de 2014 (Manual de Contratación), el cual le otorga facultades para celebrar contratos, quien en adelante se denominará el CONTRATANTE, por una parte y por la otra KEYLA JULIANA RIVERA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.095.926.689 expedida en Girón, quien para los efectos de este documento se llamará el CONTRATISTA, siguiendo los lineamientos establecidos en la convocatoria privada, ya ha demostrado su idoneidad directamente relacionada con el área que se trata, teniendo en cuenta la hoja de vida para la ejecución del mismo, por lo cual se decide celebrar un contrato de prestación de servicios, que se regirá por las siguientes cláusulas: PRIMERA: OBJETO: "PRESTAR LOS SERVICIOS COMO APOYO AL SERVICIO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL USUARIO (SIAU) DE LA E.S.E CLINICA GUANE Y SU RED INTEGRAL DE SALUD, ACTIVIDAD QUE DESARROLLARÁ CON AUTONOMÍA TÉCNICA Y DIRECTIVA EN EL EJERCICIO DE SUS LABORES EN LA E.S.E. CLÍNICA GUANE Y SU RED INTEGRAL DE SALUD DE FLORIDABLANCA.". SEGUNDA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: El contratista se compromete a cumplir, además de las obligaciones inherentes a la naturaleza del mismo, las derivadas de las disposiciones legales vigentes y en especial, las siguientes: 1. Apoyar la Coordinación de las diferentes actividades del Servicio Integral de Atención al Usuario de la E. S. E Clínica Guane y su RIS. 2. Brindar información necesaria para el correcto uso de los servicios que presta la Institución en sus diferentes Centros de salud. 3. Orientar a los pacientes y/o familiares en relación a la solicitud, asignación, confirmación y cancelación de citas de manera personal o telefónica. 4. Apoyar permanentemente con la evaluación del grado de satisfacción de los usuarios a través de encuestas, entrevistas y otras metodologías que sirvan como complemento de las anteriores. 5. Revisar diariamente la agenda de todos los médicos y confirmar la asistencia de los usuarios a las citas asignadas y efectuar la reasignación de las mismas cuando estas sean canceladas. 6. Prestará el servicio con calidad y oportunidad, dando un trato digno y amable a los usuarios. 7. Entrega de Informes debidamente soportados a la Coordinadora del SIAU. 8. Llevar registro de las citas médicas asignadas, perdidas y efectivamente atendidas para poder hacer seguimiento de la productividad en consulta externa, haciendo reporte mensual de lo anterior. 9. Brindar asesoría a los usuarios que se encuentran inactivos y direccionarlos a la oficina principal. 10. Fortalecer los niveles de atención de la ESE Clínica Guane y su Red Integral de Salud, frente a la comunidad Florideña y con la integración de la SGA. 11. Procurar que los usuarios entiendan la importancia de no perder la cita médica y la necesidad de asistir a las mismas para tener mayor acceso a los programas que desarrolla la E.S.E Clínica Guane y Su Red integral de salud. 12. El contratista conservando su autonomía e iniciativa en las gestiones o actividades encomendadas respetara las normas y reglamentos de la empresa. 13. Prestar los servicios de acuerdo con las normas propias de su profesión. 14. Obrar con lealtad en la ejecución del contrato y abstenerse de realizar actos que perjudiquen el buen nombre de la E.S.E. Clínica Guane y su Red Integral de Salud. 15. El contratista manifiesta que conoce y acepta las condiciones que para la prestación del servicio tiene establecida la Entidad. 16. El Contratista se compromete a entregar los respectivos informes que así solicite la Entidad contratante. 17. Las demás obligaciones que sean necesarias para el cumplimiento del objeto contractual.

TERCERA: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: El contratante se obliga a cumplir con las siguientes obligaciones contractuales: A) Suministrar al contratista toda la información que requiera para que pueda cumplir sus funciones. B) Pagar cumplidamente al contratista el valor pactado en este contrato. CUARTA: VALOR: El valor del presente contrato corresponde a la suma de NUEVE MILLONES CIENTO MIL PESOS M/CTE (\$9.100.000). QUINTA: FORMA DE PAGO: El pago se realizará al contratista de la siguiente manera: en SIETE (07) mensualidades vencidas por valor de UN MILLON TRECIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$1.300.000), previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor. SEXTA: PLAZO: El plazo de ejecución del contrato será de SIETE (07) MESES, contados a partir de la suscripción del acta de inicio y en todo caso, no podrá superar la vigencia del año 2015, por tal motivo, se terminará y liquidará el 31 de diciembre de 2015, en el estado en que se encuentre, en las instalaciones de la E.S.E Clínica Guane y su R.I.S. SÉPTIMA: IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL: El valor del presente contrato se pagará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 15-00195 del 22 de Mayo de 2015, Rubro Presupuestal No. 03201001 Servicios Personales Indirectos- Remuneración servicios técnicos Administrativos, para la vigencia del año 2015. OCTAVA: SUPERVISIÓN DEL CONTRATO: La SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA, será la encargada de vigilar que el contratista cumpla estrictamente con todas sus obligaciones contractuales. Para que proceda el pago será indispensable que el supervisor rinda un informe donde se establezca si el contratista cumplió con sus obligaciones.

alleg 4 No. 7 - 01

téfonos: 648 7450 - 648 7442 - 648 8860
ondablanca - Santander

www.risclinicaguane.gov.co
Email: info@risclinicaguane.gov.co

| | | | |
|---|-------------------------------|-------------|--------------|
|  | E.S.E. CLINICA GUANE Y SU RIS | | |
| | CONTRATO | | |
| Fecha: | 2013 | Código TRD: | Versión : 01 |
| | | 15.06.01 | Pág. 2 de 2 |

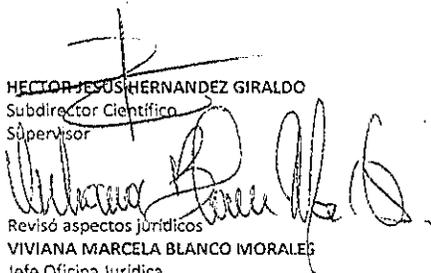
NOVENA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS CONTRACTUALES: En el evento de ocurrir alguna o algunas diferencias entre las partes contratantes, derivadas u originadas en la celebración y ejecución de este contrato, las partes solucionarán sus diferencias mediante la aplicación de los siguientes mecanismos alternativos de solución de conflictos: arreglo directo; terminación por mutuo acuerdo; transacción; designación de un amigable componedor; si fracasaren los anteriores mecanismos se utilizará la conciliación. **DÉCIMA:** CESIÓN: El presente contrato solo podrá cederse con autorización escrita de la E.S.E. Clínica Guane y su R.I.S. **DÉCIMA PRIMERA: CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO:** El servicio se prestará personal y directamente por el contratista. **DÉCIMA SEGUNDA: RELACION LABORAL:** El presente contrato por no ser un contrato de trabajo, no genera relación laboral entre las partes. **DÉCIMA TERCERA: RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA:** El contratista será responsable ante las autoridades de los actos u omisiones que desarrolle en el ejercicio de las actividades del presente contrato cuando con ellas cause perjuicios a la administración o terceros. **DÉCIMA CUARTA: GARANTIAS:** El contrato, deberá estar amparado en algunos riesgos que deben ser asumidos por el contratista y previstos por la entidad estatal, por ello se deben establecer las garantías legales contra los siguientes eventos y cuantías así: **Cumplimiento del contrato:** Por un valor equivalente al quince por ciento (15%) del valor del contrato y con una vigencia igual al plazo de ejecución del contrato y cuatro (4) meses más. **Calidad del Servicio:** por un valor equivalente al veinte por ciento (20%) del valor del contrato y con una vigencia igual al plazo de ejecución del contrato y cuatro (4) meses más. **DÉCIMA QUINTA: IMPOSICION DE MULTAS, SANCIONES Y DE LA DECLARATORIA DE INCUMPLIMIENTO:** En caso de iniciarse procedimiento para la imposición de multas, sanciones y declaratoria de incumplimiento, la E.S.E Clínica Guane dará estricto cumplimiento al artículo 86 de la Ley 1474 de 2011. Las multas y sanciones (clausula penal) se pactan de mutuo acuerdo hasta por el 15% del valor total recaudado. En caso de multa se graduara la misma dependiendo de su gravedad pero no podrá ser superior al 15% del valor total recaudado. **DÉCIMA SEXTA: POTESTADES EXCEPCIONALES:** El presente contrato se aplicarán las potestades excepcionales señaladas en la Ley 80 de 1993 (interpretación unilateral, modificación unilateral, terminación unilateral y caducidad), conforme a lo establecido en el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, previo procedimiento que garantice el debido proceso y el derecho de defensa. **DÉCIMA SÉPTIMA: AFILIACIÓN AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL:** El contratista se obliga a acreditar su afiliación a salud y pensiones de conformidad con lo ordenado por la Ley, sin existir vínculo laboral alguno entre el contratante y el contratista o entre el contratante y los dependientes del contratista. **PARAGRAFO:** De conformidad con lo señalado en la Ley 1562 de 2012, el contratista deberá manifestar por escrito que hará parte integral del presente contrato la intención de afiliarse al sistema de Riesgos profesionales, en caso afirmativo, la afiliación se hará a través de la entidad previa autorización del descuento del valor del mismo. **DÉCIMA OCTAVA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** El contratista afirma bajo juramento, no encontrarse incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades previstas en la normatividad vigente. **DÉCIMA NOVENA: LIQUIDACIÓN:** La liquidación del presente contrato se realizará de acuerdo con lo previsto en el artículo cuadragésimo del Acuerdo No. 006 del 04 de septiembre de 2014. **VIGÉSIMA: TERMINACIÓN DEL CONTRATO:** El contrato se terminará por las siguientes causales: por cumplimiento del objeto contractual, antes del tiempo establecido; por mutuo acuerdo; por muerte; por incapacidad física permanente y/o disolución y liquidación de la persona jurídica; por interdicción judicial; por renuncia; por vencimiento del plazo del objeto del contrato; por incumplimiento de las obligaciones contractuales. **VIGÉSIMA PRIMERA: PERFECCIONAMIENTO Y LEGALIZACIÓN:** El presente contrato se considera perfeccionado con la suscripción del mismo por las partes y las correspondientes disponibilidades presupuestales. Para su ejecución (inicio) se requiere la expedición del registro presupuestal y la aprobación de las garantías. Para constancia se firma en la E.S.E. Clínica Guane - Municipio de Floridablanca Santander, el Primero (01) días del mes de Junio de 2015.

EL CONTRATANTE,


LIZ ALIETH MATÉUS SANTAMARÍA
 Gerente de la E.S.E CLÍNICA GUANE Y SU RIS

EL CONTRATISTA,


KEYLA JULIANA RIVERA
 C.C. No. 1.095.926.689 expedida en Girón


HECTOR JESÚS HERNÁNDEZ GIRALDO
 Subdirector Científico
 Supervisor

Revisó aspectos jurídicos
VIVIANA MARCELA BLANCO MORALES
 Jefe Oficina Jurídica

| | | | | | | |
|---|--|--|--|----------------|---------|---------------|
|  Floridablanca <i>Tiene Futuro!</i> <small>Carlos Roberto Arria Aguilar Asesor</small> | DIRECCION DE TRANSITO Y TRANSPORTE DE FLORIDABLANCA | |  DTI <small>DIRECCION DE TRANSITO Y TRANSPORTE DE FLORIDABLANCA</small> <small>Comprometidos con la Gente</small> | | | |
| | CERTIFICACIÓN | | CODIGO | VERSION | PROCESO | |
| | | | | | 3.0 | SGJ |
| | CERTIFICACIÓN | | GESTIÓN DE CALIDAD | FECHA DE ELAB. | | No. DE PAGINA |
| 19/03/2015 | | | | 1 | DE | 1 |

EL SUSCRITO DIRECTOR GENERAL DE LA DIRECCION DE TRANSITO DE FLORIDABLANCA

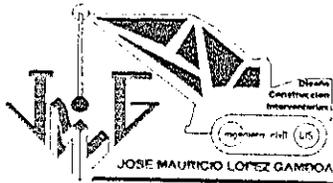
CERTIFICA:

Que el señora **KEILA JULIANA RIVERA PEREZ**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.095.926.689 expedida en Girón, suscribió contrato de prestación de servicios con la **DIRECCION DE TRANSITO DE FLORIDABLANCA** ASI:

| | OBJETO | VALOR | PLAZO | ACTA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
|----------|---|-----------|-------------------|--------------------|-----------------------|
| 137-2013 | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LA OFICINA DE INSPECCIONES | 3.600.000 | 3 MESES | MARZO 05 DEL 2013 | JUNIO 13 DEL 2013 |
| 241-2013 | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LA OFICINA DE INSPECCIONES | 3.120.000 | 2 MESES Y 18 DIAS | AGOSTO 22 DEL 2013 | |
| 241-2013 | ADICION AL CONTRATO PRINCIPAL N° 241-2013 | 840.000 | 21 DIAS | | DICIEMBRE 03 DEL 2013 |


ALEX M. VASQUEZ ARCINIEGAS
 Secretario General y Jurídico

Preparo y elaboro:  MARYERLIS OSORIO
 Contratista



**JOSE MAURICIO LOPEZ GAMBOA
INGENIERO CIVIL-CONTRATISTA
NIT. 91.277.416-0**

CERTIFICA QUE:

La señorita **KEYLA JULIANA RIVERO PEREZ**, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 1.095.926.689 de Girón, laboró en esta firma ocupando el cargo de **AUXILIAR ADMINISTRATIVA** desde el 3 de enero al 31 de diciembre del 2012.

Durante el tiempo que laboró se caracterizó por ser una persona responsable, honesta y dió estricto cumplimiento con las funciones asignadas.

Se expide la presente certificación en Bucaramanga, a los 5 días del mes de Enero del 2013.

Atentamente,

JOSE MAURICIO LOPEZ GAMBOA
C.C. 91.277.416 de Bucaramanga

Dirección de correo CALLE 64 No. 17ª-29 SECTOR 2 BARRIO LA CEIBA
Correo electrónico josemauriciolopez@hotmail.com
Telefax 6414907-3182819737
Ciudad _Bucaramanga

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1095926689 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 10/01/2024 09:51 AM



Código Verificación: HYTS3P8U2N

Válida hasta: 09/04/2024

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC



*Asociación De Padres Hogares de
Bienestar Santa Ana Y Jaime Ramírez
Nit 800242490-6*



CERTIFICACION LABORAL

Yo, **ZAYRA DANIELA LLANOS VASQUEZ** identificada con cedula de ciudadanía N 1.102.723.279 expedida en San Vicente De Chucurí como Representante Legal de la **APHB SANTA ANA Y JAIME RAMIREZ** identificada con Nit 800242490-6 **CERTIFICO** que la señora **KEYLA JULIANA RIVERA PEREZ** identificada con cedula de ciudadanía N° 1.095.926.689 expedida en Bucaramanga laboro como **PROFESIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** desde el 21 de Agosto al 30 de Diciembre de 2023, destacándose por su responsabilidad y cumplimiento.

Se expide a solicitud del interesado a los 30 días del mes de Diciembre de 2023.

ZAYRA DANIELA LLANOS VASQUEZ
1.102.723.279 SAN VICENTE DE CHUCURI
Representante Legal
APHB SANTA ANA Y JAIME RAMIREZ

Cra 24 # 15-16 Barrio La Independencia
Celular 3143592689
Aphbsantaana2019@hotmail.com

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

14971079744



(415)7707212489984(8020) 000001497107974 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 9 5 9 2 6 6 8 9 | 6. DV 5 | 12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Bucaramanga | 14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida | 25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía | 26. Número de identificación: 1 0 9 5 9 2 6 6 8 9 | 27. Fecha expedición: 2 0 0 9, 1 0, 1 5
 Lugar de expedición: COLOMBIA | 28. País: COLOMBIA | 29. Departamento: Santander | 30. Ciudad/Municipio: Girón | 31. Primer apellido: RIVERA | 32. Segundo apellido: PEREZ | 33. Primer nombre: KEYLA | 34. Otros nombres: JÚLIANA

35. Razón social
 36. Nombre comercial
 37. Signo

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA | 39. Departamento: Santander | 40. Ciudad/Municipio: Girón

41. Dirección principal: CR 20 22 21 BRR VILLA CAMPESTRE
 42. Correo electrónico: kejulianita26@gmail.com
 43. Código postal: | 44. Teléfono-1: 3 1 6 7 7 0 8 2 8 8 | 45. Teléfono 2: 3 2 2 7 2 6 1 1 4 0

CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | | | |
|---------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|-------------------|---|------------|-----------------------------|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | | |
| 7 4 9 0 | 2 0 2 4, 0 1, 0 5 | | | | | 4 1 1 4 | |

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | | Exportadores | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------|----------|----------|--|--|
| 54. Código | | | | | | | | | | 55. Forma | 56. Tipo | 57. Modo | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

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 | 80. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2024-01-09 / 17:06:37

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
 Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: RIVERA PEREZ KEYLA JULIANA
 985. Cargo: CONTRIBUYENTE

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y
REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



"Código único para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO VÍA WEB

1. DATOS DEL TRÁMITE Una vez diligenciado, las inscripciones y datos de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN B. REPORTE DE NOVEDADES

2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia b) Beneficiario o afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De oficio

3. RÉGIMEN: C. Contributivo S. Subsidiado

4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante CF Cabeza de Familia IC Beneficiario

5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado

CÓDIGO: FECHA DE LA SOLICITUD: 10/01/2024

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: PRIMERO APELLIDO RIVERA, SEGUNDO APELLIDO PEREZ, PRIMERO NOMBRE KEYLA, SEGUNDO NOMBRE JULIANA

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C. TL. C.C. C.L. P.A. C.D. C.O. C.S. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1095826689, SEXO: X, FECHA NACIMIENTO: 2/6/08

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. BRUCCO: Código, 12. DISCAPACIDAD: EHECO, Tipo, N, M, Condición, 13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN, 14. GRUPO DE POBLACION ESPECIAL, 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: ARL POSITIVA

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: PORVENIR, 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: \$ 1.300.000, 18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: ZONA: CARRERA20#22-21, LOCALIDAD / COMUNA: BARRIO VILLA CAMPESTRE, CIUDAD / MUNICIPIO: GIRÓN, DEPARTAMENTO: SANTANDER, TELÉFONO FIJO, TELÉFONO MÓVIL: 3167708288, CORREO ELECTRÓNICO: CAASPILA2023@GMAIL.COM, CÓDIGO IPS

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o cónyuges (n) parientes del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: PRIMERO APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, PRIMERO NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TL, C.C., C.L., P.A., C.D., C.O., C.S., NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD, 22. SEXO: F, M, 23. FECHA NACIMIENTO: DIA, MES, AÑO, CÓDIGO IPS

24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS

| Nº | 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. NIVEL DE RIESGO | 31. DISCAPACIDAD |
|----|--|---------------------------------|-------------------------|----------|-------------------------|----------------|---------------------|------------------|
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |

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

32. Nombre o Razón Social: KEYLA JULIANA RIVERA PEREZ, 36. Tipo documento de identidad: C.C., C.L., P.A., C.D., C.O., C.S., NÚMERO documento de identidad: 1095826689, 37. Número documento de identidad: 1095826689, 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: CARRERA20#22-21, CIUDAD / MUNICIPIO: GIRÓN, DEPARTAMENTO: SANTANDER, TELÉFONO FIJO, TELÉFONO MÓVIL: 3167708288, CORREO ELECTRÓNICO: CAASPILA2023@GMAIL.COM

VI. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL

40. FECHA INICIO DE RELACION LABORAL: 2024, CARGO: ASISTENTE ADMINISTRATIVO, SALARIO: \$ 1.300.000

41. REPORTE DE NOVEDADES

42. TIPO DE NOVEDAD: 1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN, 2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN, 3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD, 4. ACTUALIZACIÓN Y/O SUPLICACIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS, 5. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN EN LA EPS, 6. INICIACIÓN EN LA EPS, 7. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES

43. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES: 1. INICIO DE RELACION LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR PARA ALCANZAR COTIZANDO, 2. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS, 3. DIVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS

44. MOTIVACIÓN: 1. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 2. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 3. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 4. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 5. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 6. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 7. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 8. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 9. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 10. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 11. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 12. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 13. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 14. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 15. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 16. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 17. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 18. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 19. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 20. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 21. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 22. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 23. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 24. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 25. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 26. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 27. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 28. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 29. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 30. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 31. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 32. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 33. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 34. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 35. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 36. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 37. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 38. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 39. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 40. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 41. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 42. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 43. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 44. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 45. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 46. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 47. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 48. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 49. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 50. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 51. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 52. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 53. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 54. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 55. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 56. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 57. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 58. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 59. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 60. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 61. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 62. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 63. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 64. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 65. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 66. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 67. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 68. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 69. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 70. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 71. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 72. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 73. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 74. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 75. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 76. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 77. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 78. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 79. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 80. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 81. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 82. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 83. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 84. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 85. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 86. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 87. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 88. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 89. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 90. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 91. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 92. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 93. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 94. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 95. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 96. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 97. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 98. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 99. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL, 100. AL MOMENTO DE INICIAR LA RELACION LABORAL

45. FECHA (a partir de): DIA, MES, AÑO, 46. EPS APLICADOR: Código, 47. RÉGIMEN DE TRÁNSITO: Código, 48. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

49. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

50. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

51. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

52. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

53. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

54. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

55. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

56. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

57. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

58. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

59. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

60. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

61. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

62. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

63. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

64. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

65. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

66. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

67. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

68. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

69. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

70. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

71. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

72. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

73. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

74. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

75. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

76. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

77. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

78. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

79. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

80. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

81. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

82. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

83. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

84. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

85. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

86. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

87. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

88. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

89. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

90. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

91. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

92. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

93. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

94. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

95. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

96. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

97. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

98. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

99. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

100. Declaro que la información suministrada es verídica y correcta, y que autorizo a la EPS a utilizar la información suministrada para los fines de la afiliación y el pago de pensiones.

VIII. FIRMAS

81. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Keyla Rivera, 82. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

83. Copia del documento de identificación: C.C., C.L., P.A., C.D., C.O., C.S., Cantidad, 84. Copia del documento de identificación: C.C., C.L., P.A., C.D., C.O., C.S., Cantidad, 85. Copia del documento de identificación: C.C., C.L., P.A., C.D., C.O., C.S., Cantidad, 86. Copia del documento de identificación: C.C., C.L., P.A., C.D., C.O., C.S., Cantidad, 87. Copia del documento de identificación: C.C., C.L., P.A., C.D., C.O., C.S., Cantidad, 88. Copia del documento de identificación: C.C., C.L., P.A., C.D., C.O., C.S., Cantidad, 89. Copia del documento de identificación: C.C., C.L., P.A., C.D., C.O., C.S., Cantidad, 90. Copia del documento de identificación: C.C., C.L., P.A., C.D., C.O., C.S., Cantidad, 91. Copia del documento de identificación: C.C., C.L., P.A., C.D., C.O., C.S., Cantidad, 92. Copia del documento de identificación: C.C., C.L., P.A., C.D., C.O., C.S., Cantidad, 93. Copia del documento de identificación: C.C., C.L., P.A., C.D., C.O., C.S., Cantidad, 94. Copia del documento de identificación: C.C., C.L., P.A., C.D., C.O., C.S., Cantidad, 95. Copia del documento de identificación: C.C., C.L., P.A., C.D., C.O., C.S., Cantidad, 96. Copia del documento de identificación: C.C., C.L., P.A., C.D., C.O., C.S., Cantidad, 97. Copia del documento de identificación: C.C., C.L., P.A., C.D., C.O., C.S., Cantidad, 98. Copia del documento de identificación: C.C., C.L., P.A., C.D., C.O., C.S., Cantidad, 99. Copia del documento de identificación: C.C., C.L., P.A., C.D., C.O., C.S., Cantidad, 100. Copia del documento de identificación: C.C., C.L., P.A., C.D., C.O., C.S., Cantidad

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

86. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio, Código del Departamento, 87. Datos del SISBEN: Número de ficha, Puntaje, Nivel, 88. Fecha de validación: DIA, MES, AÑO, 89. Fecha de validación: DIA, MES, AÑO

90. Datos del funcionario que realiza la validación: Nombre completo, Tipo documento de identidad, Número del documento de identidad, 91. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

KEYLA JULIANA RIVERA PEREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.095.926.689**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Enero del 2024.

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.



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.448

| | | | | | |
|--|-----------|-----------------------------------|---|-------------------------------------|-----------------------------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | |
| 09 DÍA | 01 MES | 2024 AÑO | GIRÓN (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad | | |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE | | | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO | | |
| PARTICULARES CONTADO | | | PARTICULARES | | |
| Nombre de la empresa | | | Empresa en misión | | |
| DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte) | | | | | |
| RIVERA PEREZ KEYLA JULIANA | | | Genero | Edad | Documento de Identificación |
| Apellidos y Nombres | | | FEMENINO | 32 AÑOS 4 MESES 14 DÍAS | CC 1095926689 |
| Cargo | | | Tipo Número | | |
| ADMINISTRADORA EN SALUD OCUPACIONAL | | | | | |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL | | | | | |
| APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL) | | | | | |
| Observaciones: APTA CON RECOMENDACIONES | | | | | |
| N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) | | | | | |
| RESTRICCIONES LABORALES | | TIPO | | RECOMENDACIONES | |
| -SIN-RESTRICCIONES LABORALES | | NO APLICA | | NO APLICA | |
| El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados: | | | | | |
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL | | | | | |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES | |
| CONTINUAR MANEJO MÉDICO | | USO DE EPP | | HABITOS SALUDABLES | |
| | | PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | | HACER DEPORTE | |
| | | | | DIETA BALANCEADA | |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | | | | | |
| USO ADECUADO DE EPPS, ENFASIS EN HIGIENE POSTURAL Y VISUAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS DE 5 MINUTOS Y ALTERNAR CON CAMBIOS DE POSTURAS, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, MANEJO ADECUADO DE CARGAS (FLEXIÓN DE MINFS, ESPALDA RECTA, OBJETO CERCA AL CUERRO) SEGUN NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE, CUMPLIR LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD. CONTINUAR CONTROLES MEDICOS EN SU EPS. APTA CON RECOMENDACIONES | | | | | |
| Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que romitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. | | | | | |
| Médico | | | Aspirante o Trabajador | | |
|  Firma: | | |  Firma: | | |
| Nombre: BUENAVER MERCHAN WILSON MARIO | | | Nombre: RIVERA PEREZ KEYLA JULIANA | | |
| R.M.: 1094273023 | | L.S.O.: 09993 | | Código de Seguridad | |
| | | | | CC: 1095926689 | |
| | | F1165L1R1448 | | | |

| | | | |
|---|---|---------------------|-------------|
|  | RESOLUCIÓN 1 - 09993 | CÓDIGO | AP-JC-RG-89 |
| | | VERSIÓN | 5 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 22/05/2017 |
| | | PÁGINA | 1 de 1 |

RESOLUCIÓN NÚMERO DE
POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

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

CONSIDERANDO

Que WILSON MARIO BUENAVER MERCHAN, identificado (a) con la cédula de Ciudadanía No. 1094273023, ha solicitado licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaria de Salud Departamental de Santander.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la expedición de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo.

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

RESUELVE:

ARTÍCULO 1: Otórguese LICENCIA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A WILSON MARIO BUENAVER MERCHAN, MEDICO - ESPECIALIZACION EN SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS LABORALES identificado(a) con la cédula de Ciudadanía No. 1094273023, en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

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

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

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

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE.

Dado en Bucaramanga a los

19 JUL 2021


JAVIER ALONSO VILLAMIZAR SUAREZ
 Secretario de Salud Departamental



Verificados los resultados del participante en el curso virtual
Función Pública certifica que:

Keyla Juliana Rivera Perez

C.C 1.095.926.689

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 08 de enero 2024

Aura Isabel Mora

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 761896631000