

Sincelejo, Febrero 13/2023

**SEÑORES HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SINCELEJO**

Ref. Oferta de Servicios Técnicos y de Apoyo a la Gestión

Respetado Doctor:

Me permito presentarle oferta de servicios técnicos en el apoyo a la gestión para desempeñarme en el hospital universitario de Sincelejo como técnico en auxiliar administrativo gestión asignada a este despacho, lo anterior de acuerdo con los términos de referencia previstos por la entidad.

Conozco y acepto los efectos de contratación de prestación de servicio en cuanto a que no existiría subordinación en la ejecución de contrato y consecuencia, no habrá lugar a reconocimiento y pago de salarios ni prestaciones sociales, teniendo en cuenta la independencia y autonomía técnica como contratista en el cumplimiento de mis obligaciones.

Así, mismo manifiesto baja gravedad de juramento que no me encuentro incurso en causal de alguna inhabilidad o incompatibilidad de orden constitucional o legal para contratar con el Hospital universitario



LINA MARCELA CHAMORRO SALCEDO  
CC: 1.100.625.021 de Corozal -Sucre

**ANEXO no. 6**

**CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES**

El suscrito declara que:

Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con las Leyes: 80 de 1993, 1150 de 2007, 1474 de 2011 y demás normas sobre la materia.

Declaro bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas, ni mis socios, ni tampoco la sociedad que represento.

Dado en el Municipio de Corozal a los 13 días, del mes febrero de 2023



LINA MARCELA CHAMORRO SALCEDO  
CC, No. 1.100.625.021

## Formulario Compromiso Anticorrupción

Señores:

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SINCELEJO E.S.E.

Lina Marcela Chamorro Salcedo, identificada con CC, No. 1.100.625.021, obrando en mi propio nombre, manifiesto que:

1. Apoyamos la acción del Estado colombiano y del Hospital Universitario de Sincelejo E.S.E. para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.
2. Manifestamos bajo la gravedad del juramento que no estamos en causal de inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de interés alguno, así como ninguna otra limitación de nuestra capacidad jurídica para celebrar el contrato objeto del Proceso de Contratación. En caso encontrarse en algunas de las circunstancias descritas indicar el tipo y la vigencia de la misma.
3. Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
4. Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de Contratación Directa con Solicitud de Oferta.
5. Nos comprometemos a revelar la información que sobre el Proceso de Contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
6. Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.
7. Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los 13 días del mes de Febrero de 2023.



LINA MARCELA CHAMORRO SALCEDO  
CC, No. 1.100.625.021



# FORMATO COMPLETO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Chamorro		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Salcedo		NOMBRES Lina Marcela	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1100625021			SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DÍA 11 MES 04 AÑO 1990			PAÍS _____ DEPTO _____		
PAÍS COLOMBIA			MUNICIPIO _____		
DEPTO SUCRE			TELÉFONO _____ EMAIL lina.marce.04@hotmail.com		
MUNICIPIO COROZAL					

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 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	3	X		TECNICA LABORAL ASISTENTE ADMINISTRATIVO	11	2019	

#### CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
PRESENCIAL	FUNDETEC	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	12	2019

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 COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3

### GERENCIA PUBLICA

#### LOGRO Y MANEJO DE RECURSOS

¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:

4

### 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 HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SUCRE			MUNICIPIO COROZAL					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 2840011			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	06	Mes	07	Año	2020	Día	30	Mes	11	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					DIRECCIÓN						

5

### EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6

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	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	<b>2</b>	<b>4</b>

7

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento SINCELEJO 13 de febrero 2023

[Firma manuscrita]  
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

8

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

**FORMULARIO ÚNICO  
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES  
Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA  
PERSONA NATURAL  
(LEY 190 de 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SINCELEJO -SINCELEJO

Período Declarado: 01/01/2022 - 31/12/2022

**1. DECLARACIÓN JURAMENTADA**

**1.1. DE BIENES Y RENTAS**

YO **Lina Marcela Chamorro Salcedo**

IDENTIFICADO CON **C.C. X C.E. T.I.** No **1100625021**  
PAIS **COLOMBIA** DEPARTAMENTO: **SUCRE**

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:  
MUNICIPIO: **COROZAL**  
TELÉFONO: **3022010207 00000**

DIRECCIÓN: **CALLE 37 18 37**

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JUAN MANUEL FADUL CHAMORRO	1103118316	HIJO(A)
MARIA CELESTE MARTINEZ CHAMORRO	1103125435	HIJO(A)

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 POSESIÓN X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE**, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS 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
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$0

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO DE BOGOTA	CUENTA DE AHORROS	240330308	COROZAL	5.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------

**1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES**

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°  
C.C. C.E. T.I.

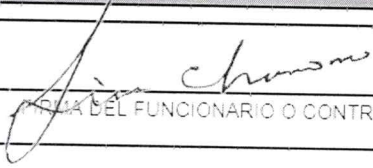
**2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA**

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 DE PARTICIPACIÓN**

**3. FIRMA**



\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

**SINCELJO 15/FEB/2023**

\_\_\_\_\_  
CIUDAD Y FECHA

DAFF/CAF

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA  
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770**

REPUBLICA DE COLOMBIA  
 IDENTIFICACION PERSONAL  
 Cedula de Ciudadania

Numero: 1.100.825.021  
**CHAMORRO SALCEDO**

Apellido: LINA MARCELA

*Lina Chamorro*




FECHA DE NACIMIENTO: 11-ABR-1990  
**COROZAL**  
 (SUCRE)

ESTADURA: 1.65      O+      F  
ESTADURA      G.R. P.H.      SEXO

29-AGO-2009 MORROA

FECHA Y LUGAR DE EMISION: *Lina Chamorro*

REGISTRADOR NACIONAL  
 (CALLE 70 N.º 200, SAN FÉLIX - BOGOTÁ)



4-3808000-0084163-F-1100825021-20100110      00041630001      4308800

2. Concepto  0  1 Inscripción

4. Número de formulario 14895448591



5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 1 0 0 6 2 5 0 2 1 | 6. DV 1 | 12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Sincelejo | 14. Buzón electrónico 2 3

**IDENTIFICACIÓN**

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2 | 25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía 1 3 | 26. Número de identificación: 1 1 0 0 6 2 5 0 2 1 | 27. Fecha expedición: 2 0 0 8, 0 8, 2 9

Lugar de expedición: COLOMBIA 28. País: COLOMBIA | 29. Departamento: Sucre 1 6 9 | 30. Ciudad/Municipio: Sincelejo 7 0 | 30. Ciudad/Municipio: Sincelejo 0 0 1

31. Primer apellido: CHAMORRO | 32. Segundo apellido: SALCEDO | 33. Primer nombre: LINA | 34. Otros nombres: MARCELA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

**UBICACIÓN**

38. País: COLOMBIA 1 6 9 | 39. Departamento: Sucre 7 0 | 40. Ciudad/Municipio: Corozal 2 1 5

41. Dirección principal: CR 21 A # 36 B - 31 BRR valparaiso

42. Correo electrónico: lina.marce.04@hotmail.com

43. Código postal | 44. Teléfono 1: 3 0 2 2 0 1 0 2 0 7 | 45. Teléfono 2

**CLASIFICACIÓN**

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

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

53. Código: 2 0 | 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

7. Obtención NIT

**Obligados aduaneros**

**Exportadores**

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

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

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

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos SI  NO

60. No. de Folios: 3

61. Fecha: 2023 - 02 - 10 / 17 : 08 : 09

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

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

984. Nombre: CHAMORRO SALCEDO LINA MARCELA  
985. Cargo: Contribuyente

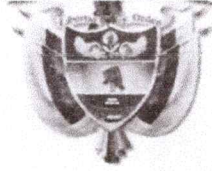
# Lina Marcela Chamorro Salcedo

c.c. 1.100.625.021 de Morroa- Sucre

Dirección: Cll 37-18-37 Barrio Villa Marta, Corozal, Sucre

Cel. 3022010207 - 3007376744

E-mail [lina.marce.04@hotmail.com](mailto:lina.marce.04@hotmail.com)



La Republica de Colombia

Y en su nombre

## Institución Educativa Liceo Carmelo Percy Vergara Corozal - Sucre

Autorizado por la Secretaria de Educación Departamental de Sucre, según  
Resolución No. 1626 del 3 de Diciembre de 1998.

**Le Confiere a:**

***Lina Marcela Chamorro Salcedo***

T.I. 90041170572 - Corozal

El Título de:

### Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación  
Media Académica, según el plan de estudio contemplado en el Proyecto  
Educativo Institucional vigente.



Jorge Luis Argel Soto  
Rector

Gladys Gracia Marchan  
Secretaria

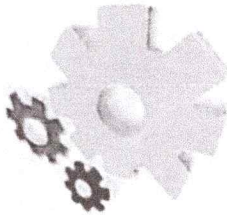
Anotado al Folio No. \_\_\_\_\_ del Libro de Registro No. \_\_\_\_\_

En Corozal a los 11 días del mes de Diciembre de 2007

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA  
Departamento de Sucre



LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DE SUCRE  
Y EN SU NOMBRE



**FUNDETEC**

Con licencia de funcionamiento No. 0434 del 10 de Febrero de 2017  
Como Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano,  
Emanada de la Secretaría de Educación Departamental de Sucre

**Hace Constar Que:**

**Lina Marcela Chamorro Salcedo**

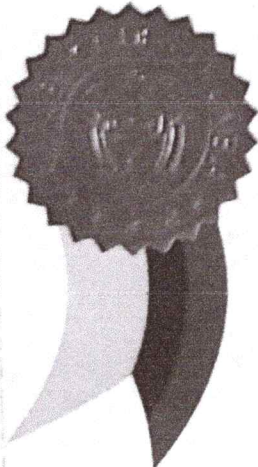
C.C./I.I. N° 1100625021

**Aprobó el Programa Técnico Laboral**

por competencias con una intensidad horaria de 1440 horas.

**ASISTENTE ADMINISTRATIVO**

De acuerdo a lo establecido en el artículo 2.6.4.1 del Decreto 1075 del 26 mayo del 2015 y los artículo 42 y 90 de la ley 115 de 1994 con Registro No. 0632 del 20 de Febrero de 2017 de la Secretaría de Educación Departamental de Sucre



Libro No. 001

Registro No. 003

Folio No. 005

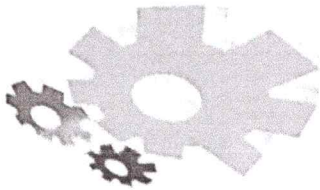
Orden No. 020

Dado en Corozal a los 15 días del mes de Diciembre de 2019

Farid Parrado Corredor  
Director

Dora Benitez Villalba  
Secretaria

*República de Colombia, - Departamento de Sucre,  
Municipio de Corozal*



**FUNDETEC**

*ACTA DE CERTIFICACION N.º 003*

EL DIRECTOR Y SECRETARIA GENERAL DE LA FUNDACION NACIONAL PARA EL  
DESARROLLO TECNICO Y TECNOLOGICO COMUNITARIO DE COLOMBIA-FUNDETEC,

*CERTIFICAN QUE.*

**Lina Marcela Chamorro Salcedo**

C.C y/o T.I N.º 1100625021

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE CON TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR EL PROGRAMA:  
TECNICO LABORAL DE **ASISTENTE ADMINISTRATIVO**, CON UNA INTENSIDAD DE 1440 HORAS POR  
LO CUAL SE EXPIDE EL CERTIFICADO DE: TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS.

EN

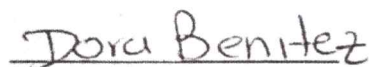
*ASISTENTE ADMINISTRATIVO*

PARA CONSTANCIA SE FIRMA EN COROZAL A LOS 15 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2019

REGISTRADO EN EL FOLIO N.º 005

Firma y Sello.

  
FARID PARRADO CORREDOR  
Director

  
DORA BENITEZ VILLALBA  
Secretaria

## INFORMACIÓN CONTRACTUAL

Yo, **LINA MARCELA CHAMORRO SALCEDO**, identificada con Cedula de Ciudadanía N° 1100625021, actuando en nombre propio me permito informar bajo la gravedad de juramento que **SI** \_\_\_ **NO** **X** he suscrito contratos de prestación de servicios Profesionales y/o de apoyo a la gestión, que para la vigencia **2023** se encuentran vigentes y en ejecución, con otras Entidades del Estado.

Conforme lo anterior, me permito relacionar los contratos de prestación de servicios Profesionales y/o de apoyo a la gestión, que para la vigencia 2023 se encuentran vigentes y en ejecución, de la siguiente manera:

N° CONTRATO	ENTIDAD CONTRATANTE	OBJETO DEL CONTRATO	VIGENCIA	
			INICIO (DD/MM/AAAA)	TERMINACION (DD/MM/AAAA)
N/A	N/A	N/A		

**Nota:** Si durante la ejecución del contrato a suscribir con el Hospital Universitario de Sincelejo ESE, se realiza la celebración o finalización de contratos con otras entidades o instituciones públicas, así su firma sea posterior a la suscripción del posible contrato objeto de esta declaración, me comprometo a informar de manera inmediata al supervisor del contrato tal situación.

El presente documento se suscribe bajo la gravedad de juramento, comprometiéndolo la responsabilidad de quien lo suscribe respecto de la información aquí consignada.

FIRMA:

Nombre: LINA MARCELA CHAMORRO SALCEDO

N° Identificación: 1100625021

Dirección: cr 37 - A 28 - 37 Villaverde



*Sindicato de Trabajadores Profesionales y Oficios de  
Apoyo a la Gestión del Sector Salud*

SINDICATO DE TRABAJADORES PROFESIONALES Y OFICIOS DE APOYO A LA GESTION DEL SECTOR  
SALUD  
SINTRAGESA  
Nit. **900588925-6**

CERTIFICA

Que el señor(a) **LINA MARCELA CHAMORRO SALCEDO** identificada con C.C. No **1.100.625.021** vinculado con la organización sindical SINDICATO DE TRABAJADORES PROFESIONALES Y OFICIOS DE APOYO A LA GESTION DEL SECTOR SALUD "SINTRAGESA" en la ejecución del contrato Sindical suscrito con EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES COROZAL – SUCRE, como afiliado participe, labora con nosotros desde 06 de julio del año 2020 hasta la fecha, desempeñando así el cargo de AUXILIAR ADMINISTRATIVO cumpliendo así las labores asignadas.

En constancia se firma en la ciudad de Sincelejo, a los veintidós (21) días del mes de noviembre del año 2022.

Nota: Por favor verificar esta certificación laboral a los teléfonos 3003325760-2713740

Atentamente,

---

**LUIS HUMBERTO NUÑEZ NUÑEZ.**  
Presidente Sintragesa

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES  
CERTIFICADO ORDINARIO  
No. 216213505



WEB  
12:36:52  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 10 de febrero del 2023

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) LINA MARCELA CHAMORRO SALCEDO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1100625021:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la 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>



CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA  
Jefe División de Relaciónamiento Con El Ciudadano

**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.

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 10 de febrero de 2023, a las 12:38:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1100625021
Código de Verificación	1100625021230210123843

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.



YEZID LOZANO PUENTES  
Contralor Delegado



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:42:02 PM horas del 10/02/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1100625021**

Apellidos y Nombres: **CHAMORRO SALCEDO LINA MARCELA**

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

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

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

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

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



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



# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 10/02/2023 12:44:15 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1100625021** y Nombre: **LINA MARCELA CHAMORRO SALCEDO.**

### NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **53042864** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Búsqueda

Imprimir

515 9000



**Policía Nacional de Colombia**  
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia

ES UN  
**HONOR**  
SER POLICÍA

Sincelejo, 13-Febrero 2023

Señores

**HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SINCELEJO**

**Área de Contratación**

Cra 14No 16B-100 Calle La Pajuela

Sincelejo-Sucre

El firmante, actuando en nombre y representación de, LINA MARCELA CHAMORRO SALCEDO identificada con CC, No. 1100625021 de Corozal Sucre presento Declaración Juramentada correspondiente a la Identificación de los Beneficiarios Finales, en desarrollo del Proceso de contratación en la modalidad prestación de servicios (**El solicitante debe definir si es contratación directa único proponente o invitación pública o privada o por el contrario es prestación de servicios**); mediante la suscripción del presente documento, identificamos plenamente a las personas naturales o jurídicas que a título personal serían beneficiarias finales, con el fin de prevenir actividades u operaciones de Lavado de Activos o Financiación del Terrorismo (Circular externa 000009 del 21 de abril de 2016 expedida por la Superintendencia nacional de Salud).

Para efectos del presente Proceso de contratación, entendemos por Beneficiario Final a toda persona natural o Jurídica, sin ser necesariamente cliente, que reúna las siguientes características:

- Ser propietario directa o indirectamente de una participación superior al 5 % en la persona jurídica.
- No ser propietario, pero ejercer el control en la empresa.
- Ser el beneficiario de una transacción.

Teniendo en cuenta lo anterior, a continuación, relaciono los Beneficiarios Finales de la empresa a la cual represento:

Nombre Beneficiario	Tipo ID	No. Identificación

Nota: Junto con este formato anexar el Registro Único Tributario (RUT) completo, es decir donde se relacionen los socios o accionistas de la empresa.



LINA MARCELA CHAMORRO SALCEDO  
CC, No. 1100625021

**FORMULARIO UNICO  
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS  
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA  
PERSONA NATURAL  
(LEY 190 DE 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA

**1. DECLARACION JURAMENTADA**

**1.1. DE BIENES Y RENTAS**

YO, LINA MARCELA CHAMORRO SALCEDO

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.100.625.021 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

Pais COLOMBIA Departamento SUCRE Municipio COROZAL

Dirección KR 21 36B-31 Teléfonos 3022010207

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JUAN MANUEL FADUL CHAMORRO	1.103.118.316	HIJO
MARIA CELESTE MARTINEZ CHAMORRO	1.103.125.435	HIJA

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 X, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS 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	1.000.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	126.000
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 1.126.000</b>

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 BOGOTA	AHORRO	240330308	COROZAL	\$ 1.500

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

**1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)**

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
ALVARO OLMOS	ARRIENDO	\$ 450.000

**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 X tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
	C.C. C.E. T.I.	

**2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

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 DE PARTICIPACION

**3. FIRMA**

*Andrés Chumbe*

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

SINCELEJO 13-FEB-2023

\_\_\_\_\_  
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP



FORMATO		CODIGO	FO-GP-02
VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE CONTRAPARTES PERSONAS NATURALES		VERSION	1
		FECHA	29/12/2020
		PAGINA	1 DE 2

**DATOS DE SOLICITUD**

FECHA DE SOLICITUD			TIPO DE SOLICITUD		TIPO DE USUARIO		
dd	mm	aaaa	VINCULACIÓN	ACTUALIZACIÓN	CLIENTE	CONTRATISTA	PROVEEDOR
			Prest. Servicios			x	

**DATOS BASICOS DE PERSONA NATURAL**

NOMBRE COMPLETO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

**TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD**

CÉDULA DE CIUDADANÍA	PASAPORTE	CEDULA DE EXTRANJERÍA	OTRO	¿CUÁL?
NÚMERO DE IDENTIDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN		

FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO
dd mm aaaa	PAÍS COLOMBIA DEPARTAMENTO CIUDAD

GÉNERO		OCUPACIÓN		
F	M	EMPLEADO	PENSIONADO	EMPLEADO CON NEGOCIO
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		INDEPENDIENTE	RENTISTA	OTRO
		¿CUÁL?	CONTRATISTA	

BARRIO	TELÉFONO RESIDENCIA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CORREO ELECTRÓNICO
NÚMERO DE CELULAR	TIPO DE VIVIENDA			VALOR ARRIENDO
	PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA	
	PERSONAS A CARGO			

**INFORMACIÓN LABORAL**

NOMBRE DE LA EMPRESA/NEGOCIO		DETALLE ACTIVIDAD (Sólo para independientes)					
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SINCELEJO E.S.E.							
CARGO	CIUDAD	FECHA DE INGRESO			TIPO DE VINCULACIÓN		
	SINCELEJO	dd	mm	aaaa	FIJO	INDEFINIDO	OTRO ¿Cuál?
DIRECCIÓN	Cra. 14 N°16B – 100 Calle la Pajuela						
TELÉFONO							

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

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

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	-	GASTOS FAMILIARES	-	AHORROS	-	SALDO HIPOTECARIO	0
HONORARIOS	-	ARRIENDOS	-	INVERSION	-	TARJETA DE CREDIT	0
ARRIENDOS	-	CUOTA VEHÍCULO	-	VEHÍCULO	-	DEUDA VEHICULO	0
COMISIONES	-	CUOTA VIVIENDA	-	PROPIEDADES	-	DEUDA TERCEROS	0
OTROS INGRESOS*	-	OTROS EGRESOS*	-	OTROS ACTIVOS*	-	OTROS PASIVOS*	0
TOTAL INGRESOS	-	TOTAL EGRESOS	-	TOTAL ACTIVOS	-	TOTAL PASIVOS	0
*DESCRIPCION OTROS INGRESOS		*DESCRIPCION OTROS EGRESOS		*DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		*DESCRIPCION DE OTROS PASIVO	



FORMATO DE VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE CONTRAPARTES

PERSONAS NATURALES

CODIGO	
VERSION	1
FECHA	29/12/2020
PAGINA	1 DE 2

OPERACIONES INTERNACIONALES

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

PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR

INVERSIONES		TRANSFERENCIAS		OTRAS		¿CUÁLES OTRAS?	
TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA	

SUMINISTRO Y ACTUALIZACION DE INFORMACION

EL CLIENTE        PROVEEDOR        CONTRATISTA X se obliga con **HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SINCELEJO E.S.E** a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El cumplimiento de esta obligación, faculta al **HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SINCELEJO E.S.E** para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación contractual o comercial que tenga.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES

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

Declaro expresamente que:

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

Origen: Actividades relacionadas con el ejercicio de mi profesion, como

En caso de diligenciamiento electrónico:

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

NOMBRE COMPLETO	<u>Lina Marcela Chamorro Salcedo</u>	HUELLA
DOCUMENTO IDENTIDAD	<u>1100525021</u>	
FIRMA	<u>[Firma manuscrita]</u>	

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

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA INSTITUCION

Resultado de verificación de datos:			
NOMBRE COMPLETO DE QUIEN VERIFICÓ:		FECHA:	HORA:
IDENTIFICACIÓN			

**RICARDO NAJERA PORTO**  
Médico Especialista en Salud Ocupacional  
Lic. de S.O #1669-16 de diciembre de 2010  
Registro # 2781-1995

**CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL**  
**Ingreso**

**Nombres y Apellidos:** LINA MARCELA CHAMORRO SALCEDO  
**Identificación:** 1100.625.021  
**Fecha consulta:** 10/02/2023  
**Fecha de Nacimiento:** 11/04/1990  
**Edad** 33 AÑOS      **Sexo:** Femenino  
**Estado Civil:** Soltero  
**HC #.:**  
**Dirección:** Cll 36 #21a50 Valparaíso corozal  
**Teléfono:** 3022010207  
**Ciudad:** Corozal  
**Cargo al que aspira:** Auxiliar administrativo  
**Peso:** 63      **Estatura:** 159      **IMC:** 35,7      **TA:** 110/80 mmHg  
**Escolaridad:** PU  
**Jornada Laboral:** Diurna  
**EPS:** Mutual ser      **ARL:** sura      **Pensión:** Porvenir  
**Rh:** "O+"

**Exámenes Realizados**

**Examen Médico ocupacional Básico:** Normal

**Recomendaciones Específicas:** Higiene postural, ergonómico, pausas activas, estilos de Vida saludable. Dieta.

**Concepto:** Apto Sin restricciones para el Cargo

**Observaciones:** Ninguna

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 de 2007 emanada del Ministerio de Protección Social, el trabajador; cuyos datos y firma constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo y a que el contenido y resultado de las mismas este a disposición del personal encargado de la Vigilancia de salud de su empresa.

Los hallazgos fueron consignados en historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos en la resolución 2346 de 2007.

**Notas:**

- 1) Archive este informe en las hojas de vida en el área de recursos humanos
- 2) El Contenido de la Historia Clínica Ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia está regulada por la resolución 1918 del 05 de junio de 2009 del cual transcriben a continuación algunos apartes. "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la Historia Clínica Ocupacional está a cargo del prestador de servicios ocupacional que la genero en el curso de la atención cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo conforme a las normas legales vigentes para la Historia Clínica"  
"En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar, o anexar copia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la Historia Clínica a la hoja de Vida del trabajador."
3. Este examen no reemplaza el realizado por insumir para porte de armas.

*Ricardo Najera Porto*  
Especialista en Salud Ocupacional  
Licencia: 1669/2010

Ricardo Najera Porto 73123969  
Médico Especialista en Salud Ocupacional  
Lic. de S.O #1669-16 de diciembre de 2010  
Registro # 2781-1995

*Lina Marcela Chamorro*

Lina Marcela Chamorro s  
1100.625.021

## CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **CHAMORRO SALCEDO LINA MARCELA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1100625021** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

Estado de la Afiliación: **Activo**  
IPS de atención: **UNIÓN TEMPORAL MEDIHEALT**  
Categoría: **A**  
Fecha de afiliación: **29/10/2013**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 10 de febrero del 2023. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

### Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web [www.mutualser.com](http://www.mutualser.com) opción Ser Afiliado
- Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,



---

**LUIS BARRAZA**  
**Director de Operaciones - Contributivo**  
**[infocontributivo@mutualser.org](mailto:infocontributivo@mutualser.org)**  
**MUTUAL SER EPS**



**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:**

**LINA MARCELA CHAMORRO SALCEDO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.100.625.021**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Febrero del 2023.

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.

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que LINA CHAMORRO, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.100.625.021 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 240330308, abierta/o desde el 9/8/2020.

Se expide en Bogotá el día 10 del mes de Febrero del año 2023 con destino a: Lina chamorro



\_\_\_\_\_  
Firma Autorizada

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

**CERTIFICADO DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA**

<b>NOMBRE</b>	<b>IDENTIFICACIÓN</b>
LINA MARCELA CHAMORRO SALCEDO ✓	CC. No. 1100625021
<b>OBJETO A CONTRATAR</b>	
Prestación de servicios de apoyo a la gestión y fortalecimiento del área de Facturación en el desarrollo del proceso de Gestión Comercial, Radicación y Cartera del Hospital Universitario de Sincelejo E.S.E.	
<b>FECHA DE EXPEDICIÓN</b>	
14 de Febrero de 2023 ✓	

De conformidad con la Resolución No. 1686 del 2022 por medio del cual, se adopta el Estatuto de Contratación del Hospital Universitario de Sincelejo E.S.E. y la Resolución No. 1687 del 2022 por medio de la cual, se adopta el Manual de Contratación del Hospital Universitario de Sincelejo E.S.E., podrá contratar directamente con la persona natural o jurídica que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato siempre y cuando la Entidad Estatal verifique la idoneidad y experiencia requerida y relacionada con el área de que se trate, sin que sea necesario que se haya obtenido previamente varias ofertas, de lo cual el Ordenador del Gasto deberá dejar constancia escrita.

Para efectos de llevar a cabo la contratación directa, una vez elaborados los estudios previos, se analiza la hoja de vida única del contratista junto con las certificaciones de estudios y de experiencia aportados con la misma:

CAPACIDAD	CUMPLE	
	SI	NO
Propuesta / Oferta de Servicios a prestar por el Proponente	X	
Certificado de Inhabilidades e Incompatibilidades firmado por el proponente	X	
Formato único de hoja de vida - impresa desde el aplicativo SIGEP (Firmada por Contratista y Jefe Oficina Jurídica y Contratación) La hoja de vida sin excepción debe encontrarse actualizada incluyendo la última experiencia laboral. La oficina de Contratación no validará la hoja de vida del posible contratista que no se encuentre totalmente diligenciada y con los soportes cargados al sistema.	X	
Formato único de declaración de bienes y rentas SIGEP. (La información de declaración de bienes y rentas con corte a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior, debe ser ingresada al SIGEP, dicho documento se debe adjuntar debidamente firmado.)	X	
Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía	X	
Copia del RUT (Impreso máximo tres meses antes de la presentación de la propuesta / Oferta)	X	
Copia soportes de formación académica (Bachiller, Técnico, Tecnólogo, Profesional, Postgrados, Diplomados, Cursos, Seminarios, Otros)	X	
Copia de la tarjeta profesional (si es obligatoria para la profesión)	N/A	N/A
RETHUS	N/A	N/A
Certificaciones de experiencia laboral (Organizadas desde la más reciente hasta la más antigua)	X	
Certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación (del mismo mes o del mes inmediatamente anterior al que se va contratar)	X	
Certificado de antecedentes fiscales expedido por la Contraloría General de la República (del mismo mes o del mes inmediatamente anterior al que se va contratar)	X	
Antecedentes Judiciales expedidos por la Policía Nacional de Colombia (del mismo mes o del mes inmediatamente anterior al que se va contratar)	X	
Certificado de Registro Nacional de medidas correctivas expedido por la Policía Nacional de Colombia (del mismo mes o del mes inmediatamente anterior al que se va contratar)	X	
Formato SARLAFT diligenciado y firmado (No mayor a un año de expedición)	X	
Copia Certificado del examen pre ocupacional (De fecha no superior a un año de realizados)	X	
Certificación de encontrarse activo como independiente afiliado al sistema de Salud Régimen Contributivo	X	
Certificación de encontrarse activo como independiente afiliado al sistema de Pensiones	X	
Certificación afiliación ARL o Formato Diligenciado de Escogencia de ARL	X	
Certificación bancaria (cuenta activa)	X	

Analizados los aspectos establecidos en los estudios previos, certifico que **LINA MARCELA CHAMORRO SALCEDO** cuenta con los requisitos de formación y experiencia relacionada determinados por esta Área, que lo (a) hacen idóneo (a) para ejecutar el contrato a celebrar y que he verificado los respectivos documentos soporte de la Hoja de Vida aportados por el (la) mismo (a).

**ANA CRISTINA BARRIOS JORGE**  
Subgerente Financiera  
Hospital Universitario de Sincelejo E.S.E.