

Bogotá, D.C., 30 de octubre de 2023

Brigadier General  
**SANDRA PATRICIA PINZON CAMARGO**  
Directora de Sanidad Policía Nacional  
Ciudad.

Respetada señora,

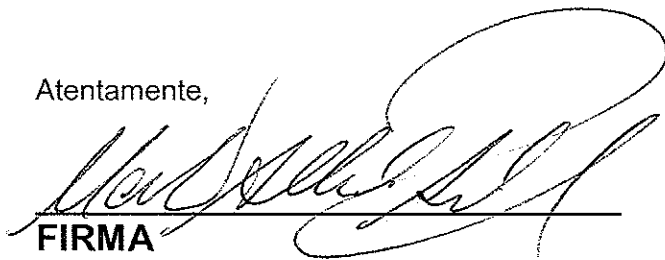
Por medio de la presente me permito ofrecer a la Policía Nacional – Dirección de Sanidad mis servicios como Medico Auditor, que serán prestados en la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, para tal efecto me acogeré a los honorarios establecido por la Entidad, como también soy consciente y acepto que mi vinculación sea por contrato de prestación de servicio, el cual, de acuerdo a lo establecido en la Ley 80 de 1993 no genera relación laboral ni prestaciones sociales y se celebra por el termino estrictamente indispensable.

Así mismo me permito manifestar bajo la gravedad de juramento, que no me encuentro incurso en ninguna inhabilidad e incompatibilidad previstas en la Constitución y en los artículos 8 y 9 de la ley 80 de 1993, ni relacionado en el Boletín de Responsabilidades Fiscales de la Contraloría General de la Republica, con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en el articulo 60de la Ley 610 del 2000.

En caso de ser atendido mi requerimiento solicito me sea informado a la dirección:  
Carrera 74 A 168 A 50. Apto. 103.

Para los anteriores fines, me permito manifestar que mi hoja de vida reposa en esa Entidad.

Atentamente,



**FIRMA**

**NOMBRE: MARTIN ALBERTO ABRIL RODRIGUEZ**

**CÉDULA: 79.402.605**



---

Martin Alberto Abril Rodriguez



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

ENTIDAD RECEPTORA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <b>ABRIL</b>		SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) <b>RODRIGUEZ</b>		NOMBRES <b>MARTIN ALBERTO</b>	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. <b>79.402.605</b>			SEXO F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	NACIONALIDAD PAÍS COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="checkbox"/>		NÚMERO <b>79.402.605</b>		D.M. <b>55</b>	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA PAÍS DÍA <b>03</b> MES <b>11</b> AÑO <b>1966</b> DEPTO. <b>BOGOTA D.C.</b> MUNICIPIO <b>BOGOTA</b>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <b>KRA 74A # 168 A -50</b> PAÍS <b>COLOMBIA</b> DEPTO <b>BOGOTA D.C.</b> MUNICIPIO <b>BOGOTA</b> TELÉFONO <b>310 2512494</b> EMAIL <b>maabrill@hotmail.com</b>		

## 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: BACHILLER	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X1	MES	AÑO
											<b>12</b>	<b>1984</b>

### EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),  
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
EP	2	X		ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA			
EP	2	X		AUDITORIA Y GARANTÍA EN SALUD			
UN	12	X		MEDICO Y CIRUJANO			79402605
UN	10	X		BACTERIÓLOGO			79402605

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

IDIOMA	I.O. HABLA			I.O. LEE			I.O. ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
INGLES			X			X			X

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 ACTUAL O CONTRATO VIGENTE*

<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> <b>HOSPITAL INFANTIL DE SAN JOSE</b>		<i>PÚBLICA</i>	<i>PRIVADA</i> <b>X</b>	<i>PAÍS</i> <b>COLOMBIA</b>
<i>DEPARTAMENTO</i> <b>CUNDINAMARCA</b>	<i>MUNICIPIO</i> <b>BOGOTA</b>		<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>	
<i>TELÉFONOS</i> <b>3 48 68 68 Ext 3138</b>	<i>FECHA DE INGRESO</i> DÍA <b>01</b> MES <b>07</b> AÑO <b>2011</b>		<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> <b>MEDICO AUDITOR</b>	<i>DEPENDENCIA</i> <b>CALIDAD</b>	<i>DIRECCIÓN</i> <b>CARRERA 54 67 A - 18</b>		

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> <b>CLÍNICA CORPAS</b>		<i>PÚBLICA</i>	<i>PRIVADA</i> <b>X</b>	<i>PAÍS</i> <b>COLOMBIA</b>
<i>DEPARTAMENTO</i> <b>CUNDINAMARCA</b>	<i>MUNICIPIO</i> <b>BOGOTÁ</b>		<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>	
<i>TELÉFONOS</i> <b>686 50 00</b>	<i>FECHA DE INGRESO</i> DÍA <b>01</b> MES <b>02</b> AÑO <b>2019</b>		<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <b>31</b> MES <b>07</b> AÑO <b>2019</b>	
<i>CARGO O CONTRATO</i> <b>MEDICO AUDITOR</b>	<i>DEPENDENCIA</i> <b>DIRECCION MEDICA</b>	<i>DIRECCIÓN</i> <b>CARRERA 159 A 159 A-61</b>		

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> <b>ACIEL</b>		<i>PÚBLICA</i> <b>X</b>	<i>PRIVADA</i>	<i>PAÍS</i> <b>COLOMBIA</b>
<i>DEPARTAMENTO</i> <b>CUNDINAMARCA</b>	<i>MUNICIPIO</i> <b>BOGOTÁ</b>		<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>	
<i>TELÉFONOS</i> <b>2687585</b>	<i>FECHA DE INGRESO</i> DÍA <b>01</b> MES <b>10</b> AÑO <b>2017</b>		<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <b>30</b> MES <b>02</b> AÑO <b>2019</b>	
<i>CARGO O CONTRATO</i> <b>ANALISTA CUENTAS MEDICAS</b>	<i>DEPENDENCIA</i> <b>DIRECCIÓN MEDICA</b>	<i>DIRECCIÓN</i> <b>CALLE 85 28 C - 11</b>		

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> <b>INTEGRAL</b>		<i>PÚBLICA</i>	<i>PRIVADA</i> <b>X</b>	<i>PAÍS</i> <b>COLOMBIA</b>
<i>DEPARTAMENTO</i> <b>CUNDINAMARCA</b>	<i>MUNICIPIO</i> <b>BOGOTA</b>		<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>	
<i>TELÉFONOS</i> <b>6912700</b>	<i>FECHA DE INGRESO</i> DÍA <b>19</b> MES <b>12</b> AÑO <b>2008</b>		<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <b>13</b> MES <b>06</b> AÑO <b>2010</b>	
<i>CARGO O CONTRATO</i> <b>DIRECTO NACIONAL DE AUDITORIA MEDICA</b>	<i>DEPENDENCIA</i> <b>PRESIDENCIA</b>	<i>DIRECCIÓN</i> <b>CARERA 13 CALLE 39</b>		

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

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

**4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
MEDICO AUDITOR	23	0
COMERCIANTE		
INDEPENDIENTE	0	
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA	23	0

**5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

  
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

  
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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

ENTIDAD RECEPTORA

**1.1 DE BIENES Y RENTAS**

YO, MARTIN ALBERTO ABRIL RODRIGUEZ

IDENTIFICADO CON: C.C.  C.E.  OTRO  No. 79402605 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: BOGOTA

DIRECCION CARRERA 74 A 168 A 50 APTO. 103 TELÉFONOS #

MUNICIPIO BOGOTA DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA PAÍS COLOMBIA

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
HUGO ANTONIO ABRIL AVILA	2 8 8 1 0 7 5	PADRE
ROMELIA RODRIGUEZ DE ABRIL	2 0 1 5 2 9 7 8	MADRE
HUGO ANTONIO ABRIL RODRIGUEZ	1 9 3 5 9 4 7 2	HERMANO
ESPERANZA ABRIL RODRIGUEZ	5 1 5 8 6 6 5	HERMANA
HAYDEE VIRGINIA ABRIL RODRIGUEZ	5 1 6 3 5 8 8 7	HERMANA
DORIS PATRICIA ABRIL RODRIGUEZ	5 1 6 7 5 1 3 5	HERMANA
PAOLA ALEXANDRA ABRIL RODRIGUEZ	5 2 5 1 5 4 8 7	HERMANA

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN , PARA RETIRARME , PARA ACTUALIZACIÓN , PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE , QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	7 2 0 0 0 0 0 0
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	2 4 0 0 0 0 0 0
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	6 8 0 0 0 0 0 0
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
<b>TOTAL</b>	<b>1 0 2 0 0 0 0 0 0</b>

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	2 6 5 0 6 1 4 6 5	METROPOLIS	8 0 0 0 0 0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
APARTAMENTO	CARRERA 74 A 168 A 50 APTO 103	2 5 0 0 0 0 0 0 0
AUTOMIVIL	TRACKER ILF 372	6 0 0 0 0 0 0 0
MOTO	JETIX MKM64C	4 0 0 0 0 0 0

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

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
DAVIVIENDA	PRESTAMO LIBRE INVERSION	4 8 0 0 0 0 0 0
COMEDAL	PRESTAMO LIBRE INVERSION	2 0 0 0 0 0 0 0

**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 :

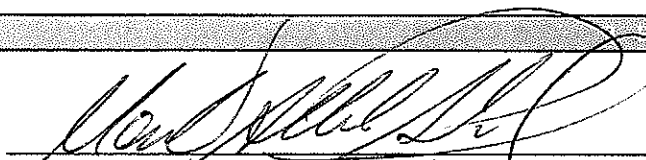
CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Nº
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	

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

  
 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO  
 30-X-2023

Boyá, 30 de Oct / 2023  
 CIUDAD Y FECHA

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.402.605

ABRIL RODRIGUEZ

APELLIDOS

MARTIN ALBERTO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

03-NOV-1966

BOGOTA D.C.  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.77

ESTATURA


O+

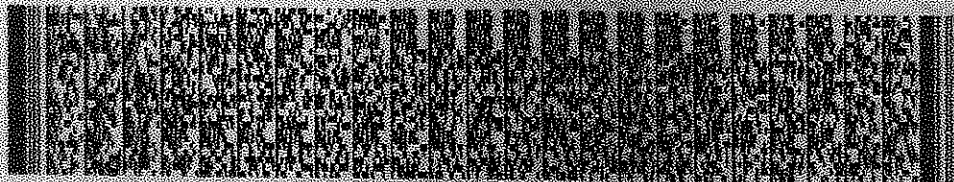
G.S. RH

M

SEXO

11-FEB-1985 BOGOTA D.C.  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

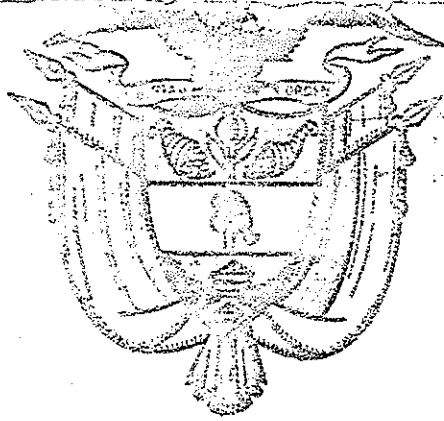


A-1500150-00130212-M-0079402605-20081120

6906522121A 1

1420020321





LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

# EL COLEGIO DEL MAGISTERIO DE CUNDINAMARCA

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, SEGUN  
RESOLUCION No. 13533 DEL 21 DE SEPTIEMBRE DE 1.978

CONFIERE A

*Martin Alberto Abril Rodriguez*

IDENTIFICADO CON T. I. No. 651103-05983 DE Bogotá

EL TITULO DE

## BACHILLER ACADEMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS  
CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA  
VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

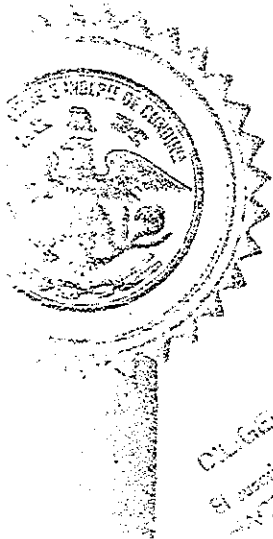
RESTOR

SECRETARIO

*[Signature]*

*[Signature]*

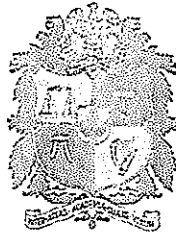
BOGOTÁ, D. E., 7 DE diciembre DE 1.984



COLEGIO DE MAGISTERIO DE CUNDINAMARCA  
El suscrito Notario Séptimo del Circuito de Bogotá  
HA CONFIADO que ANOTADO AL FOLIO 76-A LIBRO DE REGISTRO No. 25  
de conformidad con el decreto  
emitido a la luz de la Ley 100 de 1993  
DE COLOMBIA  
SECRETARIO DE EDUCACION

REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

# LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA



CONFIERE EL TITULO DE  
*Médico Cirujano*

A

*Martín Alberto Abril Rodríguez*

C.C. No. 79.402.605 EXPEDIDA EN *Bogotá*

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS.

EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

## DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE *Bogotá*, *Septiembre 27* DEL 2001

MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE CUNDINAMARCA  
Reconoce este título para todos los efectos legales  
*Bogotá 14 Mayo 2002*  
Resolución No. *2571041*

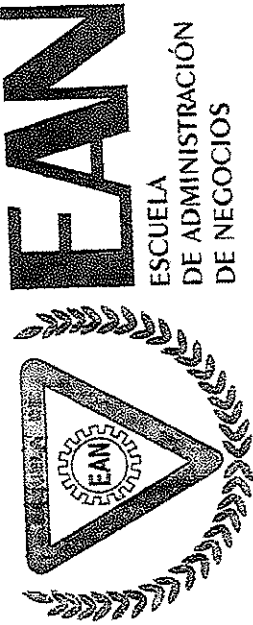
*Rodrigo Díaz Llano*  
DECANATURA DE LA FACULTAD

*[Firma]*  
RECTORÍA DE LA UNIVERSIDAD

*[Firma]*  
SECRETARÍA GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO 16 DEL LIBRO DE DIPLOMAS No. 2  
DE LA SEDE DE *Bogotá*, FACULTAD DE *Medicina*

0068187



## *Institución Universitaria*

*Personería Jurídica Resolución N° 2898 del 16 de Mayo de 1969 del Ministerio de Justicia*

*Teniendo en cuenta que*

# **Martín Alberto Abril Rodríguez**

*Documento de Identidad C.C. N°. 79.402.605 expedido en Bogotá, D.E.*

*Ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos exigidos por el programa académico y demás normas reglamentarias, en nombre de la República de Colombia se otorga el título de*

## **Especialista en Auditoría y Garantía de Calidad en Salud con Énfasis en Epidemiología**

*En testimonio firmamos y sellamos, en la ciudad de Bogotá, D.C. el día 30 del mes de Septiembre de 2005*

*[Firma]*  
Rector

*[Firma]*  
Coordinador Registro Académico  
Secretaría General

# LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

EN ATENCION A QUE

## MARTIN ALBERTO ABRIL RODRIGUEZ

C. G. 79-402-606 80007A

HA CURSADO TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA  
UNIVERSIDAD Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PARA UN GRADO UNIVERSITARIO

EN LA FACULTAD DE CIENCIAS

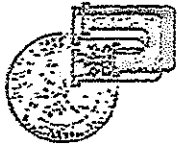
LE OTORGA

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA  
Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

## EL TITULO DE BACTERIOLOGO

EN FE DE LO CUAL FIRMANOS Y SELLAMOS ESTE DIPLOMA  
NOSOTROS EL RECTOR LOS DECANOS Y EL SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD

EXPEDIDO EN STA. FE DE BOGOTA A LOS 11 DIAS DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO DE 1993



*Servacio Amador*  
RECTOR

*Francisco*  
DECANO ACADEMICO

*José Luis*  
SECRETARIO GENERAL

*[Signature]*  
DECANO DEL MEDIO UNIVERSITARIO

*[Signature]*  
Fecha: 23-8-1993  
31 de Agosto del 1993

Nº 0410-0618



ESCUELA  
DE ADMINISTRACIÓN  
DE NEGOCIOS  
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA

**ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS EAN**

**FACULTAD DE POSTGRADOS  
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA Y GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD CON  
ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA**

### **ACTA DE GRADO INDIVIDUAL**

En la ciudad de Bogotá, D. C. el día **30 del mes de Septiembre de 2005**, siendo las 7:00 p.m., se llevó a cabo el acto de graduación presidido por el Rector, doctor **JORGE ENRIQUE SILVA DUARTE**, en el cual la **ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS EAN**, legalmente autorizada para el efecto y previo juramento de rigor, otorgó a **MARTÍN ALBERTO ABRIL RODRÍGUEZ** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **79.402.605** de **Bogotá, D.E.** y quien cumplió con todos los requisitos exigidos por la Ley y los reglamentos de la Institución, el título de **ESPECIALISTA EN AUDITORÍA Y GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA**, mediante el diploma que lo(a) acredita como tal, anotado en el Libro de Registro de Títulos de la Facultad de Postgrados N° 1, Folio **39**, Registro N° **574**

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado por quienes en ella intervinieron.

Firmada por:

**JORGE ENRIQUE SILVA DUARTE**, Rector

**CARLOS JULIO RUIZ VELASCO**, Coordinador Registro Académico

Es fiel copia tomada del Acta de Grado General N° 27 del día 30 del mes de Septiembre de 2005

**CARLOS JULIO RUIZ VELASCO**  
Coordinador Registro Académico  
Secretaría General





UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
FACULTAD DE  
*Medicina*

ACTA DE GRADO NÚMERO 8047

El Consejo de la Facultad de *Medicina*  
en su sesión del día *6* de *septiembre* de 2001 Acta no. *34*

Considerando que:

*Martín Alberto Abril Rodríguez*  
c.c. No. *79.402.605 Bogotá*

Cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad resuelve otorgarle el título de:

*Médico Cirujano*

En nombre y representación de la Universidad Nacional de Colombia y de la República de Colombia y previo el juramento de rigor, el Decano de la Facultad hizo entrega del Diploma Número *68197* registrado en el Folio No. *16* del Libro *2*

ACUERDO No.156 DE 1980 DEL CONSEJO SUPERIOR UNIVERSITARIO

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de *Bogotá*, a los *27* días del mes de *septiembre* de 2001

*Rodrigo Díaz*  
Presidente  
Consejo de Facultad

*Rodrigo Díaz*  
Secretario  
Consejo de Facultad



# EAN

ESCUELA  
DE ADMINISTRACIÓN  
DE NEGOCIOS  
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA

**ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS EAN**

**FACULTAD DE POSTGRADOS  
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA**

## **ACTA DE GRADO INDIVIDUAL**

En la ciudad de Bogotá, D. C. el día **9 del mes de Marzo de 2006**, siendo las 7:00 p.m., se llevó a cabo el acto de graduación presidido por el Rector, doctor **JORGE ENRIQUE SILVA DUARTE**, en el cual la **ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS EAN**, legalmente autorizada para el efecto y previo juramento de rigor, otorgó a **MARTÍN ALBERTO ABRIL RODRÍGUEZ** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **79.402.605** de Bogotá, D.E. y quien cumplió con todos los requisitos exigidos por la Ley y los reglamentos de la Institución, el título de **ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA**, mediante el diploma que lo(a) acredita como tal, anotado en el Libro de Registro de Títulos de la Facultad de Postgrados N° 1, Folio **52**, Registro N° **779**

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado por quienes en ella intervinieron.

Firmada por:

**JORGE ENRIQUE SILVA DUARTE**, Rector

**CARLOS JULIO RUIZ VELASCO**, Coordinador Registro Académico

Es fiel copia tomada del Acta de Grado General N° **40** del día 9 del mes de Marzo de 2006

**CARLOS JULIO RUIZ VELASCO**  
Coordinador Registro Académico  
Secretaría General

# Acta Individual de Grado

Inscripción S.E. 1285

DANE 311001-05732

COLEGIO DEL MAGISTERIO DE CUNDINAMARCA

En la ciudad de BOGOTA D.E. a los SIETE ( 7 ) días del mes de DICIEMBRE del año 1984 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la rectoría del COLEGIO DEL MAGISTERIO DE CUNDINAMARCA

Institución aprobada hasta NUEVA VISITA en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICA según RESOLUCION No. 13533 del VENTIUNO (21) de SEPTIEMBRE de 1978


Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO, al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

ABRIL RODRIGUEZ MARTIN ALBERTO T.I. 661103-05983 DE BOGOTA


Es fiel copia tomada del Acta original general No. 005 de fecha DIC/7/84 que consta de 71 alumnos que comienza con el nombre de ABRIL RODRIGUEZ MARTIN ALBERTO y se cierra con el nombre de URREA LEON JACQUELINE, firmado y sellado por EVELIO GOMEZ GOMEZ (Rector) y JORGE LUIS GUTIERREZ G. (Secretario).

Dada en BOGOTA D.E. a los SIETE (7) días del mes de DICIEMBRE de 1984

Firmado y Sellado



El Rector o Director  
C.C. No. 2.945.684 DE BOGOTA



Secretario  
C.C. No. 49.108.102 DE BOGOTA

DIPLOMA No. \_\_\_\_\_



FUCS

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS  
Personería Jurídica 10917 del 1º de Diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional

## Acta de Grado No. 016

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los veinticinco (25) días del mes de junio del año 2020, en el auditorio Guillermo Fergusson del Hospital de San José, de conformidad con el Acuerdo No. 4643 del Consejo Superior de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Sesión Ordinaria No. 530 del 26 de mayo de 2020, se realizó acto solemne para otorgar el título de:

### **Especialista en Docencia Universitaria**

a

### **Martin Alberto Abril Rodríguez**

Identificado con cédula de ciudadanía No. 79402605 de Bogotá, como consta en el acta 016 folio 016, del libro de actas N° 1.

Se confiere este título en nombre del Ministerio de Educación Nacional de la República de Colombia, en reconocimiento que el mencionado estudiante cursó y aprobó todas las asignaturas del pensum reglamentario para el programa de Especialización en Docencia Universitaria y cumplió con todos los requisitos exigidos para el efecto por la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

En el diploma de grado aparecen las firmas de los doctores Jorge Gómez Cusnir, Presidente del Consejo Superior, Sergio Augusto Parra Duarte, Rector, Edgar Alberto Muñoz Vargas, Vicerrector Académico, Viviana Ivonne Álvarez Diez, Decana (E), Mónica Alexandra Chacón Montoya, Secretaria Académica y para constancia de lo anterior, firma la presente acta, en Bogotá, D.C., a los veinticinco (25) días del mes de junio del año dos mil veinte (2020).

  
MANUEL ROBERTO PALACIOS PALACIOS

REPUBLICA DE COLOMBIA  
 MINISTERIO DE SALUD  
 TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Nombre y Apellidos: MARTIN ALBERTO ABRIL R  
 C.C.E.: 79402609 de BOGOTA  
 NACIONAL DE COL BOGOTA  
 Código: 340-1-A-10 Fecha de Expedición: 25/10/200

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD  
 CERTIFICADO DE INSCRIPCION

NOMBRE: MARTIN ALBERTO ABRIL R  
 NÚMERO DE C.C.E.: 79402609  
 CIudad: BOGOTA

BOGOTA, 25 DE OCTUBRE DE 2000

[Signature]

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD  
 CERTIFICADO DE INSCRIPCION

NOMBRE: MARTIN ALBERTO ABRIL R  
 NÚMERO DE C.C.E.: 79402609

BOGOTA, 25 DE OCTUBRE DE 2000

[Signature]

Verificar Registro en RETRHS

Limpiar

Resultado General - 2023-10-27 - 12:55:51 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Debilidades
CC	79402836	MARTIN	ALBERTO	ABRIL	RODRIGUEZ	Vigente	Ver

Coherencia con los artículos 180 y 181 del Decreto Ley 2198 de 1995, una vez revisados los datos de los datos del Registro Único Nacional de Talento Humano de Salud se constata que el (la) señor(a) MARTIN ALBERTO ABRIL RODRIGUEZ tiene el estado de Vigente con CC 79402836, según la siguiente información:

2023-10-27-12:55:51 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen / Extensión / Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Bacteriología	1996-02-22	355	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
UNV	Local	Medicina	2002-05-14	1041	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

La información diligenciada se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acrediten el cumplimiento de los requisitos que se establecieron vigentes (Renovación de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por esta Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.) Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETRHS).



CLINICA JUAN N CORPAS LTDA

NIT:830113849-2  
GESTION HUMANA

CERTIFICA

Que el Sr(a) **MARTIN ALBERTO ABRIL RODRIGUEZ** Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **79.402.605** expedida en BOGOTA D.C., labora en CLINICA JUAN N CORPAS LTDA, desde el 5 de febrero de 2019. Actualmente desempeñándose como **MEDICO AUDITOR** con un contrato a termino Fijo, devengando un salario basico mensual fijo de Cinco millones de pesos mcte (\$5.000.000,00) .

La presente certificación se expide a solicitud del interesado para COMEDAL, se firma en la Ciudad de Bogota el dia 3 de mayo de 2019.

ROLANDO GALLO SANCHEZ  
COORDINADOR GESTION HUMANA

Para confirmar esta información puede comunicarse al teléfono 6865000.



**EL SUSCRITO GERENTE GENERAL DE MEDICALL TALENTO HUMANO  
S.A.S.**

**CERTIFICA:**

Que **ABRIL RODRIGUEZ MARTIN ALBERTO** identificado con cédula de ciudadanía número **79402605** labora en Medicall Talento Humano S.A.S., mediante contrato de trabajo a Término Indefinido desde el día 1 de Abril de 2014, desempeñando el cargo de **AUDITOR (A) MEDICO (A)**, con una remuneración mensual que se encuentra distribuída en los siguientes términos:

1. Un salario básico equivalente a la suma de : CUATRO MILLONES SESENTA MIL CIENTO SESENTA Pesos M/cte (\$4,060,160).
2. A título de auxilio no constitutivo de salario y/o factor prestacional, la suma de: CERO Pesos M/cte (\$0,00).
3. A título de auxilio constitutivo de salario y/o factor prestacional, la suma de: CERO Pesos M/cte (\$0).

La presente se expide en Bogotá, D.C. a los NUEVE (9) días del mes de Noviembre del año DOS MIL QUINCE (2015). a solicitud del interesado (a).



**HENRY LADINO DIAZ**  
GERENTE GENERAL

La presente certificación debe tener sello seco.

Carrera 67 # 4G-78 Teléfonos 7425770 - 4200784 - 2621705  
Bogotá

LaMartinez



## CERTIFICA:

Que **ABRIL RODRIGUEZ MARTIN ALBERTO** identificado con cédula de ciudadanía número **79402605** estuvo vinculado (a) como trabajador (a) asociado (a) en la Cooperativa de Trabajo Asociado **TALENTUM**, mediante convenio de asociación a término indefinido, desde el **1 de Diciembre de 2011** hasta el **30 de Marzo de 2014**.

Prestó sus servicios personales, para desarrollar las labores u oficios bajo el cargo de **AUDITOR (A) MEDICO (A)**, conforme a las necesidades de la Cooperativa, en la unidad de servicios **HOSPITAL INFANTIL DE SAN JOSE**.

En constancia de lo anterior se expide a solicitud del interesado a los nueve (9) días del mes de Noviembre del año dos mil quince (2015).

**HENRY LADINO DIAZ**  
**LIQUIDADOR PRINCIPAL**



# Cruz Roja Colombiana

EL SUSCRITO JEFE DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DE  
LA SOCIEDAD NACIONAL DE LA CRUZ ROJA COLOMBIANA

HACE CONSTAR:

Que el doctor **MARTIN ALBERTO ABRIL RODRIGUEZ**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.402.605 de Bogotá, prestó sus servicios a la Institución, desde el día quince (15.) de marzo de dos mil cuatro (2004), hasta el 15 de enero de 2006, ocupando el cargo de **Director Banco Nacional de Sangre**.

Se expide a los tres (03) días del mes de febrero de dos mil seis (2006) a solicitud del interesado y con fines pertinentes.

  
CERVELEON PALACIOS ESPITIA  
Departamento de Recursos Humanos

Preparó: *Luz Stella Prada*

  
Revisó: *Leidy Lotia*

Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana - Dirección Nacional - Bogotá, D.C. - Colombia Nit. 899.999025-3

AK 68 No. 68 B 31 A.A. 1110 Conmutador: (091) 4375300 - 4375330 Fax: (091) 4285406  
www.cruzrojacolombiana.org E-mail: cruzsede@cruzrojacolombiana.org



NIT 811.026.720-1

### A QUIEN INTERESE

Certificamos que el Doctor **MARTIN ALBERTO ABRIL RODRÍGUEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. **79.402.605 de Bogotá**, estuvo vinculado como Asociado(a) Trabajador(a) de la **COOPERATIVA INTEGRAR Y ASISTENCIA** al servicio del tercero **SALUDVIDA EPS**, mediante Convenio de Asociación desde el **19 de Diciembre de 2008** hasta el **13 de Junio de 2010**, desempeñando el cargo de **DIRECTOR NACIONAL DE AUDITORIA MÉDICA**.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado, a los 16 días del mes de Junio de 2010, en la ciudad de Bogotá.

Atentamente,



**INTEGRAR**  
COOPERATIVA INTEGRAL DE TRABAJO ASOCIADO

**YAQUELINE CASTELLANOS LEAL**  
Técnica 1 de Recursos Humanos

C.C. | Hoja de Vida

DMG.



SGS  
SISTEMA DE CERTIFICACION  
ISO 9001:2008

Cra 18 No 79-47 Piso 3 Ofic. 301,302 Edificio Ofilago  
PBX: 6912700, FAX 6912391, e-mail [integrar@coopintegrar.com](mailto:integrar@coopintegrar.com), PAGINA WEB: [www.coopintegrar.com](http://www.coopintegrar.com)  
Bogotá D.C., Colombia

## EL SUBDIRECTOR Y/O JEFE DE LA OFICINA

### CERTIFICA QUE:

**MARTIN ALBERTO ABRIL RODRIGUEZ**, con Nit No. 79402605-9, cumplió a satisfacción con el objeto de la orden No: ON-0081-2012, el cual dice: **"PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO AUDITOR MEDICO Y APOYO A LA GESTION EN LA SUBDIRECCION EPS**, por valor de: CUATRO MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS (\$4.939.750,00) M/CTE.

**CONCEPTO DE SUPERVISIÓN:** Manifiesto que en desarrollo del objeto del mismo, durante el período comprendido entre 28 de mayo a 30 de junio de 2012, cumplió las actividades satisfactoriamente.

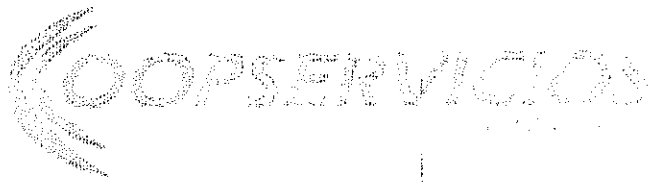
**CONCEPTO DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL:** BUENA

**PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:** 100 %

Expedida en Bogotá, D.C., a los tres (03) días del mes de Julio de 2012.



**FIRMA SUBDIRECTOR Y/O JEFE DE OFICINA**



**EL SUSCRITO GERENTE DE LA COOPERATIVA  
COOPSERVICIOS NIT. 900155730-9**

**HACE CONSTAR:**

Que el señor(a) **ABRIL RODRIGUEZ MARTIN ALBERTO** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. **79402605**, es asociado(a) activo(a) de esta cooperativa desde el **01/04/2011**.

Que en desarrollo del contrato de asociación de término indefinido suscrito con la cooperativa, se desempeña en frente de trabajo como **ANALISTA DE CALIDAD** en **BOGOTA** - .

Que al asociado(a) se le reconoce por compensación ordinaria, la suma de **TRES MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL VEINTIOCHO PESOS ( 3,435,028.00 m/cte)** mensuales, más **CERO PESOS ( m/cte)** por concepto de Ayuda de Movilidad, más **SETECIENTOS SEIS MIL TRESCIENTOS DOS PESOS (706,302.00 m/cte)** por concepto de Beneficios Sociales.

Que la relación del asociado(a) está regida por las normas de Derecho Cooperativo, entre otras por la Ley 79 de 1988, el Decreto 4588 de Diciembre 27 de 2006, los Reglamentos Internos y el Estatuto.

La presente se expide a solicitud de el/la interesado(a), a el/los **3 días del mes de Mayo de 2012**, en la ciudad de Manizales.

**JUAN CARLOS ARISTIZABAL BERNAL**

**GERENTE**



# Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C7940260500149890

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL  
NACIONAL DE ETICA MEDICA  
CERTIFICA**

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **MARTIN ALBERTO ABRIL RODRIGUEZ**, identificado(a) con C.C. No. 79402605 y T.P. o R.M. No. 79402605 del(a) Ministerio de Salud, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes [www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/](http://www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/)

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el lunes 30 octubre 2023 a solicitud del(a) interesado(a).

  
**BERNARDO ADOLFO ROBLEDO RIQUELME**  
Presidente



Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7440583-(601)6279975 Bogotá D. C.

E - Mail [antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org](mailto:antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org), [www.tribunalnacionaldeeticamedica.org](http://www.tribunalnacionaldeeticamedica.org)

[antecedentestribunal@outlook.com](mailto:antecedentestribunal@outlook.com)



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 01:13:24 PM horas del 27/10/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 79402605

Apellidos y Nombres: **ABRIL RODRIGUEZ MARTIN ALBERTO**

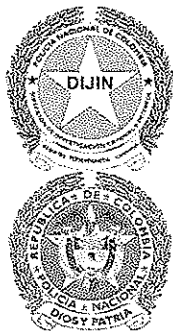
### **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

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.araiic-ato@policia.gov.co](mailto:dijin.araiic-ato@policia.gov.co)

## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

### CERTIFICADO ORDINARIO No. 233962402



PIB

13:22:52

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 27 de octubre 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) MARTIN ALBERTO ABRIL RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79402605:

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.



CONTRALORÍA  
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

### CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 30 de octubre de 2023, a las 10:54:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	79402605
Código de Verificación	79402605231030105409

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

Generó: WEB



# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 27/10/2023 01:14:03 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **79402605** .

## 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. **76662040** . 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

615 9000



Policía Nacional de Colombia  
Dirección General - Cra. 55 N° 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112





BOGOTÁ, Octubre 27 de 2023

Señor:  
 ABRIL RODRIGUEZ MARTIN ALBERTO  
 CC. 79402605  
 CR 74 A 168 A 50 AP 103.. - 3034856  
 Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Julio 1 de 2014. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
ABRIL RODRIGUEZ MARTIN ALBERTO	79402605	C	Jul-1-2014	117	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
PATINO FARACO LILIANA BEATRIZ	52007357	C	May-9-2023	25	26	COMPANERO(A)	VIGENTE			Ninguna
ABRIL PATINO MATEO	1016832236	C	May-9-2023	25	26	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	79402605	Dependiente	CERRADO
FUNDACION HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO SAN JOSE	79402605	Dependiente	VIGENTE
MARTIN ALBERTO ABRIL RODRIGUEZ	79402605	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	CERRADO
MARTIN ALBERTO ABRIL RODRIGUEZ	79402605	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	CERRADO
MARTIN ALBERTO ABRIL RODRIGUEZ	79402605	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
MEDICALL TALENTO HUMANO SAS	79402605	Dependiente	CERRADO
OPTIMIZAR SALUD SA	79402605	Dependiente	CERRADO

**CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO**

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial  
 SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARTIN ALBERTO ABRIL RODRIGUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79402605**, se encuentra afiliado/a desde **01/11/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 27 de octubre de 2023.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**  
Dirección de Afiliaciones

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



**POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA  
DIRECCION DE SANIDAD**

**FORMATO INFORMACION DE TERCEROS**

DILIGENCIAR EN LETRA IMPRENTA, MAQUINA O COMPUTADOR

**1. TIPO DE BENEFICIARIO**

- |  |                          |   |                                     |
|--|--------------------------|---|-------------------------------------|
| 1.2 Consorcio o Unión Temporal             | <input type="checkbox"/> | 1.11 Persona Natural Extranjera                               | <input type="checkbox"/>            |
| 1.2 Departamento                           | <input type="checkbox"/> | 1.12 Persona Natural Nacional                                 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 1.3 Empresa Pública Nacional no Financiera | <input type="checkbox"/> | 1.13 Persona Jurídica Nacional Sector Privado                 | <input type="checkbox"/>            |
| 1.4 Empresa Pública Nacional Financiera    | <input type="checkbox"/> | 1.14 Persona Jurídica Pública Administración Central Nacional | <input type="checkbox"/>            |
| 1.5 Establecimiento Público Nacional       | <input type="checkbox"/> | 1.15 Persona Jurídica Extranjera Sector Privado               | <input type="checkbox"/>            |
| 1.6 Gobierno Extranjero                    | <input type="checkbox"/> | 1.16 Regional sin NIT Especial                                | <input type="checkbox"/>            |
| 1.7 Municipio                              | <input type="checkbox"/> | 1.17 Resguardo  | <input type="checkbox"/>            |
| 1.8 Otra Pública Departamental             | <input type="checkbox"/> | 1.18 Sociedad de Economía Mixta                               | <input type="checkbox"/>            |
| 1.9 Otra Pública Municipal                 | <input type="checkbox"/> | 1.19 Universidad Pública                                      | <input type="checkbox"/>            |
| 1.10 Otro Beneficiario                     | <input type="checkbox"/> | 1.20 Empresa Industrial y Comercial del Estado                | <input type="checkbox"/>            |

**2. TIPO DE DOCUMENTO**

- |   |                                     |                            |                          |
|---|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 2.1 Cédula de Ciudadanía                | <input checked="" type="checkbox"/> | 2.4 Otro Tipo de Documento | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 Cédula de Extranjería               | <input type="checkbox"/>            | 2.5 Pasaporte              | <input type="checkbox"/> |
| 2.3 Número de Identificación Tributaria | <input type="checkbox"/>            | 2.6 Tarjeta de Identidad   | <input type="checkbox"/> |

NUMERO DEL DOCUMENTO

**ANEXAR FOTOCOPIA DE CEDULA O NIT**

**3. TIPO DE RETENCION**

- |  |                          |  |                                     |
|--|--------------------------|--|-------------------------------------|
| 3.1 Auto retenedor no gran Contribuyente | <input type="checkbox"/> | 3.5 General no es Gran Contribuyente ni Auto retenedor | <input type="checkbox"/>            |
| 3.2 Entidad Estatal ó sin ánimo de lucro | <input type="checkbox"/> | 3.6 Régimen Común                                      | <input type="checkbox"/>            |
| 3.3 Gran contribuyente Autoretenedor     | <input type="checkbox"/> | 3.7 Régimen Simplificado                               | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3.4 Gran contribuyente no Autoretenedor  | <input type="checkbox"/> |  |                                     |

**4. NOMBRE O RAZON SOCIAL**

MARTIN ALBERTO ABRIL RODRIGUEZ

**5. PAIS**

COLOMBIA

**6. CIUDAD**

BOGOTA

**7. TELEFONO Y FAX**

## 310 2512494

**8. DIRECCION**

CARRERA 74 A 168 A 50 APTO 103

**9. E-MAIL**

maabril@hotmail.com

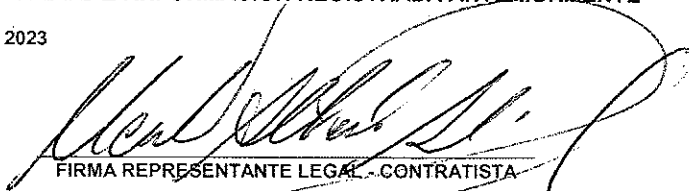
**4. INFORMACION DE LA CUENTA**

- |   |  |
|---|--|
| 1. ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA | <u>BANCO DE BOGTA</u>  |
| 2. NUMERO DE LA CUENTA                      | <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3. CLASE DE CUENTA                          | CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS <input checked="" type="checkbox"/>   |

**ANEXAR CERTIFICACION BANCARIA**

SE DA FE DE LA INFORMACION REGISTRADA ANTERIORMENTE

FECHA: Bogota, 30 de octubre de 2023

  
 FIRMA REPRESENTANTE LEGAL - CONTRATISTA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que MARTIN ALBERTO ABRIL RODRIGUEZ, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 79.402.605 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

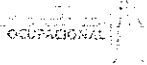
Cuentas de Ahorros No. 265061465, abierta/o desde el 23/12/2018.

Se expide en Bogotá el día 27 del mes de Octubre del año 2023 con destino a: POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA



---

Firma Autorizada



# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR

Fecha de impresión: 19/09/2023 11:35 AM

Página 1 de 1

FECHA DE EXAMEN 19/09/2023 10.45 AM  
TIPO EXAMEN: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR



## DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	HELP OCUPACIONAL SAS	Nit:	900479126
Dirección:	CRA. 18A No.53-50 CS 101	e-mail:	repcionhelpocupacional@gmail.com
Teléfonos:	(571) 631 5344 - 350 521 1627	Sede:	BOGOTA

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	MARTIN ALBERTO		Apellidos	ABRIL RODRIGUEZ				
Identificación	CC	79402605	Edad	56 Años	Genero	M	Grupo sanguineo	O +
Procedencia	Lugar de nacimiento	BOGOTA		Fecha de nacimiento	03/11/1966	Estrato	3	
Estado civil	Soltero (a)		Escolaridad	Profesional		Teléfonos	3102512494	
Departamento	Bogotá, D.C.		Municipio	Bogotá, D.C.		Dirección	CR 74 A 168 A 50 BRR DEL MOMTE	
EPS	SALUD TOTAL S.A. E.P.S.							
ARL	CIA. DE SEGUROS BOLIVAR S.A.		Fondo de Pensiones	COLPENSIONES				

## DATOS EMPRESA

EMPRESA	PARTICULAR	EMPRESA USUARIA	NO APLICA
CARGO	MEDICO AUTIDOR		
FECHA DE INGRESO		JORNADA DE TRABAJO	DIURNO

## EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR
-------------------	---

## CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO	APTO PARA EL CARGO CON RECOMENDACIÓN
OBSERVACIONES	NO PRESENTA SINTOMAS NI SE EVIDENCIAN SIGNOS PARA SARSCOV2-(COVID19) ACTUALMENTE.
RECOMENDACIONES	CONTROL NUTRICION POR EPS / USO DE LENTES PARA LABORAR

## RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL (GENERALES)

### OCUPACIONALES

Inicio de actividad física	Control nutricional y de peso
Pausas Activas	

\*El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta\*

*Dra. Esmeralda Ramos*  
Médico Especialista  
Salud Ocupacional  
IIC. 50 4355 2023

MAYRA ESMERALDA RAMOS HERNANDEZ  
C.C 1032358700 RA: 4355-2023  
Firma y sello del Médico Evaluador

MARTIN ALBERTO ABRIL RODRIGUEZ  
C.C 79402605  
Firma del trabajador Evaluado



FECHA DE EXAMEN: 19/09/2023 11.05 AM  
 TIPO EXAMEN: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR



**DATOS DE INSTITUCION**

Nombre:	HELP OCUPACIONAL SAS	Nit:	900479126
Dirección:	CRA. 18A No.53-50 CS 101	e-mail:	recepcionhelpocupacional@gmail.com
Teléfonos:	(571) 631 5344 - 350 521 1627	Sede:	BOGOTA

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**

Nombres	MARTIN ALBERTO		Apellidos	ABRIL RODRIGUEZ				
Identificación	CC	79402605	Edad	56 Años	Genero	M	Grupo sanguineo	O +
Procedencia	Lugar de nacimiento	BOGOTA			Fecha de nacimiento	03/11/1966		
Estado civil	Soltero (a)	Escolaridad	Profesional	Teléfonos	3102512494			
Departamento	Bogotá, D.C.	Municipio	Bogotá, D.C.	Dirección	CR 74 A 168 A 50 BRR DEL	Estrato	3	
EPS	SALUD TOTAL S.A. E.P.S.							
ARL	CIA. DE SEGUROS BOLIVAR S.A.	Fondo de Pensiones	COLPENSIONES					

**DATOS EMPRESA**

EMPRESA	PARTICULAR
CARGO	MEDICO AUTIDOR

**ANTECEDENTES PERSONALES**

Nombre	Concepto	Observaciones
PATOLOGICOS	NO	
QUIRURGICOS	NO	
FARMACOLOGICOS	NO	
GLAUCOMA	NO	
CATARATAS	NO	
RINITIS	NO	
TR. OCULAR	NO	
PAT. VISUAL	NO	
OTROS	NO	
OBSERVACIONES		

**ANTECEDENTES OCUPACIONALES**

Nombre	Concepto
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	

**AGUDEZA VISUAL**

**VISION LEJANA**

Nombre	Concepto	Observaciones
SIN CORRECCION OD	20/50	
SIN CORRECCION OI	20/40	
SIN CORRECCION AO	20/40	
CON CORRECCION OD	20/30	
CON CORRECCION OI	20/40	
CON CORRECCION AO	20/30	

**VISION PROXIMA**

Nombre	Concepto	Observaciones
SIN CORRECCION OD	1.25 m	
SIN CORRECCION OI	1.75 m	
SIN CORRECCION AO	1.25 m	
CON CORRECCION OD	1 m	
CON CORRECCION OI	1.50 m	
CON CORRECCION AO	1 m	

# HISTORIA CLINICA DE OPTOMETRIA

Fecha de impresión: 19/09/2023 11:32 AM

Página 2 de 2

Nombres y Apellidos **MARTIN ALBERTO ABRIL RODRIGUEZ** Identificación CC **79402605**

## OFTALMOSCOPIA

Nombre	Concepto	Observaciones
POLO POSTERIOR SANO O.D.	NORMAL	
POLO POSTERIOR SANO O.I.	NORMAL	
CATARATA Y ALTERACIONES DEL CRISTALINO		
CATARATA Y ALTERACIONES DEL CRISTALINO		
TRANSTORNO TRACTO UVEAL O.D.		
TRANSTORNO TRACTO UVEAL O.I.		
ALTERACIONES DE RETINA O.D.		
ALTERACIONES DE RETINA O.I.		
TRANSTORNO NERVIO OPTICO-VIAS OPTICAS		
TRANSTORNO NERVIO OPTICO-VIAS OPTICAS		
OTROS		

## REFRACCION

Nombre	Concepto
ESFERA/ CILINDRO/ EJE/ ADICION O.D	
AGUDEZA VISUAL O.D	
ESFERA/ CILINDRO/ EJE/ ADICION O.I	
AGUDEZA VISUAL O.I	
OBERVACIONES	

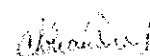
## MOTILIDAD OCULAR

Nombre	Concepto	Observaciones
COVERT TEST LEJOS 3m	ORTOFORIA	
COVER TEST CERCA 40 cm	ORTOFORIA	
PPC	8 CM	
REFLEJOS PUPILARES	PRESENTES	
OBSERVACIONES		

## DIAGNOSTICO

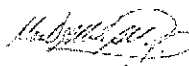
Nombre	Concepto
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	H521: Miopia,H522: Astigmatismo
DIAGNOSTICO 2	H522: Astigmatismo
DIAGNÓSTICO 3	
DIAGNÓSTICO 4	
IMPRESION DIAGNOSTICA	ASTIGMATISMO MIOPICO Y PRESBICIA CON CORRECCIÓN INADECUADA
Resultado para Certificado	

\*El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta\*



INSTITUCIÓN DE SALUD  
 CENTRO VETERINARIO DE LA CAJAL  
 C/BO. NUESTRO SEÑOR DE LOS  
 ANGELES, CALLE 100 N. N.º 100-100  
 SAN PABLO, ASES 2111021-1

CELIA YOJANA LANCHEROS SALAS  
 C.C. 52094603 RM: 52094603  
 Firma y sello del Médico Evaluador



MARTIN ALBERTO  
 C.C. 79402605  
 Firma del trabajador Evaluado



**LAFAM S.A.S.**

NIT: 900407148-4

Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas -IVA

Persona Jurídica

Calle 185 No.45-03 Local 133 SANTA FE, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 5205101

Email. servicioalcliente@lafam.com.co

Autorización factura electrónica de venta No. 18764044315984 válida desde 2023-02-12 hasta 2024-02-12 rango desde 104-226001 hasta 104-246000.

<b>Cliente:</b>	MARTIN ALBERTO ABRIL RODRIGUEZ
<b>C. Ciudadanía :</b>	79402605
<b>Dirección:</b>	CRA 74 A # 168 A 50, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
<b>Teléfono:</b>	
<b>Email:</b>	MAABRILR@HOTMAIL.COM
<b>Tipo de negociación:</b>	Contado
<b>Medio de Pago:</b>	Tarjeta Crédito
<b>Fecha de Pago:</b>	21/09/2023
<b>Total de Líneas:</b>	7

<b>FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :</b>	104 - 229822				
<b>MONEDA:</b>	COP Colombia, Pesos				
<b>HORA EMISIÓN:</b>	08:43:52				
<b>FECHA FIRMADO:</b>	26/09/2023 13:44:58				
<b>FECHA DE EMISIÓN</b>					
<b>FECHA DE VENCIMIENTO</b>					
<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>
26	09	2023	26	09	2023

DOCUMENTOS RELACIONADOS					
<b>No.:</b>	50931	<b>Tipo:</b>	Factura	<b>Fecha:</b>	21/09/2023

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U. MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO U.	IVA	DCTO.	TOTAL
1	42142903	:DbyD OFT DBOM0035 HH00 CABALLERO METAL	TNP	1,00	\$134.453,80	19,00	0,00	\$134.453,80
2	42142902	:ST-Supreme Clasico Poly Ocup-1.3 Esf -0.25 Cil -0.75 Eje 65 Add 2.5	TNP	1,00	\$15.000,00	0,00	0,00	\$15.000,00
3	42142902	:ST-Supreme Clasico Poly Ocup-1.3 Esf +0,00 Cil -0.50 Eje 120 Add 2.5	TNP	1,00	\$15.000,00	0,00	0,00	\$15.000,00
4	42142902	:PACK ORO MF +(Polícarbonato )	TNP	1,00	\$860.000,00	0,00	430.000,00	\$430.000,00
5	42142906	:ESTUCHE OFT REPUJADO NEGRO. UNIDAD	TNP	1,00	\$0,00	19,00	0,00	\$0,00
6	42142906	:PAÑO GRIS 17*14,5CM UNIDAD	TNP	1,00	\$0,00	19,00	0,00	\$0,00
7	85121610	:EXAMEN CC	TNP	1,00	\$0,00	0,00	0,00	\$0,00

DESCUENTOS Y CARGOS GLOBALES					
No.	TIPO	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%	MONTO
1	Descuento	01 - Descuento condicionado		100,00	\$160.000,02
2	Descuento	01 - Descuento condicionado		100,00	\$15.000,00
3	Descuento	01 - Descuento condicionado		100,00	\$15.000,00

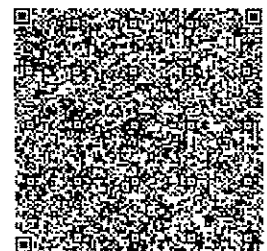
<b>Notas:</b> AUTORIZACIÓN	<b>Subtotal:</b>	\$1.024.453,80
	<b>Cargos:</b>	\$0,00
	<b>Descuento:</b>	\$430.000,00
	<b>IVA:</b>	\$25.546,22
	<b>Total de la operación:</b>	\$620.000,02
	<b>Descuentos globales:</b>	\$190.000,02
	<b>Total:</b>	\$430.000,00

SDN: (cuatrocientos treinta mil pesos)  
CUFE: ca4493bdc3b68e0c0e03805113f64c656e40c366fe51b1b3d11d5ce54a18866c5e7a8939655f63b671159107892c74dc

Firma Digital: S0cCKUCE1GyE6DLQVWkewiK3qY6NcLPW32jRkU0yZm+XpGZR7N0jSFL47co9 wAmgogtB4ujMU+4i9E3c5BhC8zV4p8E3P0IHAnvE82n+P2Zm aaUGb/d0QC/VoD Yv3CdM8mN5jhnG62RRAohRWJo7B5tGJCWV6TiAwZRJuxuNik9WZ9BGBcquS9y2X8 pZL8+sVYkFA8CroEcoKJ07UMjBKUth9PsmDH Z3nIPm5ewaQ1N49+zpruNjSvID0S P/YFaDi3ns8cPn6fWxHJ96hVlax+910pEmsivo39kC05TagNlfa9jDFzYKtIP QHJgcCgAFCCZaNCYurPDy fA==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

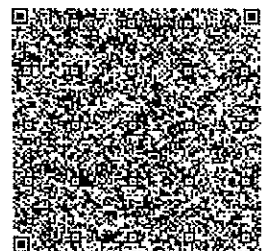


IMPUESTO	BASE	TARIFA	IMPORTE
<b>IMPUESTOS</b>			
01 IVA	\$134.453,80	19,00%	\$25.546,22
01 IVA	\$15.000,00	0,00%	\$0,00
01 IVA	\$15.000,00	0,00%	\$0,00
01 IVA	\$430.000,00	0,00%	\$0,00
01 IVA	\$0,00	19,00%	\$0,00
01 IVA	\$0,00	19,00%	\$0,00
01 IVA	\$0,00	0,00%	\$0,00

Firma Digital: S0cCkUCE1GyE6DLOVWkeuWk9qY6NcLPM/32jrKUf0yzm+XRgZR7N0j5FL47cc6 w/Amgogitb4ujMU+4f9E3c5BhC8zV4p9E3P0HA+wE8Zn+P2Zm  
aaUgb/d0QCAVoD Yv3CdM6mNgheGb2RRAohR/WJoTb5igJCVW6TiAwZRJuxuNik9WZ9BGBcquS8y2X8 pZL5+sVYKFA8CroEcokJ07UMjBKU9PsmDH  
Z3nlPvn5ewaQ1N49+cpnbNjSwID0S P/YFaDI3ns8clP6IWxHIU96ohVlax+91opEmsivpd6kC0S TagNlfa6glDFzYKuP QHJgcQsGAFczANcyuPDy  
rA==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

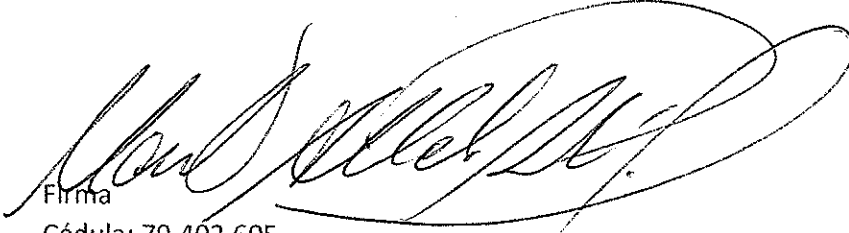
Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.



Bogotá; D.C., 30 de octubre de 2023

Señores  
**Dirección de Sanidad**  
**Policía Nacional**  
Ciudad

Yo MARTIN ALBERTO ABRIL RODRIGUEZ identificado (a) con la cedula de ciudadanía No. 79.402.605 de Bogotá certifico que de conformidad en lo establecido en el Artículo 905 de estatuto tributario, bajo gravedad de juramento, que SI  NO he obtenido ingresos brutos ordinarios y extraordinarios iguales o superiores a 1400 UVT e inferiores a 3500 UVT en el año gravable 2022.

  
Firma  
Cédula: 79.402.605



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
POLICÍA NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha de toma del consentimiento: Bogotá 30 Octubre - 2023  
Hora: 16:50

Lugar de toma del consentimiento: Dirección Sanidad

Yo: Martin Alberto Abril Rodriguez


Identificado con cedula de ciudadanía número 79402605 de  
Bogotá

Mediante el presente documento legal autorizo para consultar los antecedentes en Línea en la página de la Dirección de Investigación Criminal e INTERPOL habilitada con el número de cedula, de acuerdo a la ley 1918 del 2019 donde se adiciona como inhabilidad " por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidad a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones".

Firma

Cédula

79.402.605 Bte

Página 1 de 2	DIRECCIONAMIENTO TECNOLÓGICO	 POLICÍA NACIONAL
Código: 1DT-FR-0016		
Fecha: 28-12-2017	DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACION CONTRATISTAS O TERCEROS	
Versión: 3		

La Policía Nacional considerando que usted ofrece condiciones personales y profesionales para acceder a la información que se administra en la Institución, teniendo en cuenta la misión de la Policía Nacional y que este implica manejar información de diferentes niveles de clasificación, requiere que en correspondencia con el voto de confianza otorgado con la posibilidad de acceso a la información de la Policía Nacional usted suscriba el siguiente compromiso.

Yo, MARTIN ALBEERTO ABRIL RODRIGUEZ Identificado con la cedula de ciudadanía No. 79.402.605, con domicilio en la carrera 74 A 168 A 50 Apto 103, de la empresa \_\_\_\_\_, cargo MEDICO AUDITOR, en adelante denominado EL CONTRATISTA O TERCERO, bajo el contrato \_\_\_\_\_ convenio \_\_\_\_\_ acuerdo \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, me comprometo a cumplir cabalmente los compromisos y demás directrices del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.

Así mismo declaro que:

Reconozco que la información es un activo sobre el cual se sustentan los objetivos estratégicos de la Institución y que es mi responsabilidad conocer las políticas de seguridad de la información, adoptarlas, cumplirlas, hacerlas respetar e informar cualquier incidente que se presente con el uso y manipulación de la misma al Jefe de la Oficina de Telemática de la unidad donde se preste el servicio, o a quien realice las funciones de telemática, el cual reportará el incidente al CSIRT "Computer Security Incident Response Team".

Esta declaración comienza con la firma del contrato o convenio o acuerdo y permanecerá vigente mientras subsista el objeto que dio inició al mismo, manteniéndose inclusive durante las prórrogas sin necesidad de firmar una nueva declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información.

Así mismo, si el contrato, convenio u acuerdo inicial termina y se inicia después un nuevo contrato, convenio u acuerdo pero con el mismo objeto del contrato, convenio u acuerdo anterior, esta declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información tomará vigencia sin necesidad de firmar uno nuevo.

## CONFIDENCIALIDAD

- EL CONTRATISTA O TERCERO se obliga en forma directa e irrevocable ante la POLICÍA NACIONAL a no revelar, divulgar o facilitar, bajo cualquier forma, a ninguna persona natural o jurídica, sea esta pública o privada, y a no utilizar para su propio beneficio o para beneficio de terceros, la información relacionada con el ejercicio de sus funciones en la Policía Nacional, así como también las políticas y/o cualquier otra información vinculada con sus funciones.
- EL CONTRATISTA O TERCERO asume la obligación de mantener la confidencialidad acordada en la presente declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información por el tiempo que dure vigente la relación laboral y por un plazo adicional de 2 años contados a partir de la extinción del vínculo contractual y/o acuerdo y/o convenio.
- La violación o el incumplimiento de la declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información por parte EL CONTRATISTA O TERCERO, generará las acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.
- Si una orden judicial obligara al EL CONTRATISTA O TERCERO a divulgar información confidencial, este se compromete a dar aviso previo a la POLICIA NACIONAL de modo que la POLICIA NACIONAL pueda impugnar la solicitud o procurar una orden judicial que lo proteja.
- El CONTRATISTA O TERCERO reconoce que esta información tiene un valor intangible, que no es generalmente dado a conocer al público o a terceros que podrían usarla en contra de la POLICÍA NACIONAL, de sus integrantes, de los habitantes de Colombia o del mismo Estado y que la información está sujeta a un esfuerzo razonable de la POLICÍA NACIONAL para mantener su reserva y confidencialidad. Así mismo, EL CONTRATISTA O TERCERO no hará ninguna duplicación o copia del material confidencial.







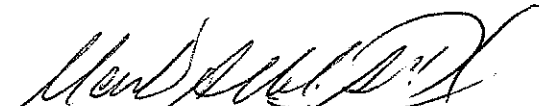
## CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

**MARTIN ALBERTO ABRIL RODRIGUEZ identificado con cc 79.402.605** como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesto que:

1. No tengo la calidad de comerciante.
2. No ejerzo de manera habitual actos de comercio.

En consecuencia, no me encuentro obligado a llevar libros de contabilidad de acuerdo con lo contemplado en el artículo 48 del Código de Comercio.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días 30 del mes de octubre de 2023



**MARTIN ALBERTO ABRIL RODRIGUEZ**

Firma del proveedor persona natural no obligado a llevar libros de contabilidad

