	HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT 900.004.059-7			
	LISTA DE VERIFICACION HOJAS DE VIDA			
	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	Documento Controlado
	TH-F-04	05-02-2025	07	Página 1 de 1

MUNICIPIO DE CASTILLA LA NUEVA

NOMBRE Y APELLIDOS: Alejandra Sepulveda B **FECHA DE VERIFICACIÓN:** _____

#	CRITERIO DE CUMPLIMIENTO	SI	NO	N/A	NOTA
1	Propuesta económica conforme a la solicitud, las condiciones técnicas y operativas.	X			
2	Hoja de Vida DAFP – Actualizada y Descargada del SIGEP II (Debe reflejar el presente de la persona)	X			
3	Declaración Juramentada de Bienes y Rentas – Actualizada y Descargada del SIGEP II (Debe reflejar el presente de la persona)	X			
4	Registro de los Conflictos de Interés - Ley 2013 de 2019 Función Pública - Aplicativo por la Integridad Pública	X			
5	Declaración de Inhabilidades e incompatibilidades. (Presentación del Formulario del Hospital).	X			
6	Cédula de Ciudadanía al 150% - Copia Simple con resolución de buena calidad.	X			
7	Registro Único Tributario RUT – Actualizada. (Expedición No superior a un mes) - Copia Simple con resolución de buena calidad.	X			
8	Libreta Militar o Documento que Resuelve Situación Militar - Copia Simple con resolución de buena calidad.			X	
9	Carnet de Vacunas Completo - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	X			
10	Examen Médico Ocupacional por Perfil (3 años de vigencia) (Desempleado por más de 6 meses deberá presentar uno nuevo)	X			
11	Constancia de Afiliación a EPS, Fondo de Pensión y ARL (Expedición no superior a 2 meses) (N/A ARL será afiliado por el Hospital)	X			
12	Formato de Confidencialidad y No Divulgación de Información. (Formulario del Hospital).	X			
13	Autorización de Trata de Datos Personales y Consulta de Antecedentes, en especial, Delitos Sexuales. (Formulario del Hospital).	X			
14	Certificado de Antecedentes Disciplinarios Expedido Por la Procuraduría General de la Nación. (Expedición no superior a 1 mes)	X			
15	Certificado de Antecedentes Fiscales Expedido Por la Contraloría General de la Republica. (Expedición no superior a 1 mes)	X			
16	Certificado de Antecedentes Judiciales Expedido Por la Policía Nacional de Colombia. (Expedición no superior a 1 mes)	X			
17	Certificado de Antecedentes Medidas Correctivas Expedido Por el RNMC. (Expedición no superior a 1 mes)	X			
18	Certificado delitos sexuales Expedido Por la Policía Nacional de Colombia. (Expedición no superior a 1 mes)	X			
19	Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos. (Expedición no superior a 1 mes)	X			
20	Certificación Bancaria (Vigencia no superior a 30 días)	X			
21	Tarjeta Profesional al 150% - Copia Simple con Resolución de buena calidad.			X	
22	Diploma de Grado - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	X			
23	Acta de Grado - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	X			
24	Antecedentes Profesionales, Comprobante de No Estar Inhabilitado Para Ejercer la Profesión y Vigencia de la Tarjeta Profesional.			X	
25	Cursos, Diplomados, Posgrados, ETC. (Sólo se debe relacionar estudios del perfil profesional según la necesidad)	X			
26	Convalidación por Parte de Autoridad Competente Para Títulos Obtenidos en el Extranjero.			X	
27	Certificación Laboral Relacionada (Que tenga relación con el perfil de la necesidad)	X			
28	Licencia de Conducción y RUNT sin multas de tránsito (Paramédicos, Auxiliares Vacunación y Profesionales con Rodamiento).			X	
	DOCUMENTACIÓN ADICIONAL PARA PERSONAL ASISTENCIAL				
29	Humanización (Todos los Asistenciales Administrativos y de Salud).	✓			
30	Competencia en Atención al Usuario (Agendamiento, Facturación, Orientador, Autorizaciones, SIAU)	✓			
31	Autorización Para Ejercer Profesión u Oficio – RETHUS Actualizado (Médicos, Enfermeras, Aux. Enfermería, Odontología, Bacteriólogo, Nutricionista, Psicólogo, etc.)	✓			
32	Acreditación del Servicio Social Obligatorio (Bacteriología, Enfermería, Medicina, Odontología, etc.) - Copia Simple.			✓	
33	Competencia en Soporte Vital Avanzado (Médico y Enfermeros Profesionales)			✓	
34	Competencia en Soporte Vital Básico (Aux de enfermería, Paramédicos, Conductores)	✓			
35	Competencia en AIEPI Clínico (Médico, Enfermeras Profesionales)			✓	
36	Atención a Personas Víctimas de Ataques con Agentes Químicos. (Paramédicos, Médicos, Enfermeras)	✓			
37	Competencias Esenciales Para el Cuidado de la Donante Expedida por el INS (Médicos)			✓	
38	Atención a Población Víctima del Conflicto Armado (Médico, Enfermera, Aux enfermería, Odontólogo, Bacteriólogo, Nutricionista, Psicólogo)	✓			
39	Interrupción Voluntaria del Embarazo (Médicos, Enfermera, y Psicólogo.)			✓	
40	Competencia en Atención a Víctimas de Violencia Sexual (Médico, Enfermeras, Aux Enfermería, Odontólogo, Bacteriólogo, Nutricionista, Psicólogo).	✓			
41	Asesoría Pre y Post VIH (Médico, Enfermera, Psicólogo)			✓	
42	Atención del Parto (Médico)			✓	
43	Gestión del Duelo (Médico, Enfermera)	✓			
44	Competencia en Dengue (Médicos, Enfermera, Aux Enfermería, Odontóloga, Aux. Vacunación, Bacteriólogo)			✓	
45	Curso manejo integral del dengue OPS (Médico, Enfermera, Aux Enfermería, Bacterióloga)	✓			
46	Administración de Inmunobiológicos PAI (Auxiliares de Vacunación, Coordinadora, PAI)			✓	
47	Competencia AIEPI Comunitario (Personal Asistencial de Actividades Extramurales) (Programas)			✓	
48	Competencia en Toma de Muestras de Labor Clínico (Personal de Enfermería y de Laboratorio)			✓	
49	Curso de Primeros Auxilios (Conductores y Paramédicos)	✓			
50	Carnet de Radio Protección (Radiólogo y Tecnólogo Radiología)			✓	
51	Constancia de Idoneidad, Experiencia Requerida y Relacionada. (Verificación de Talento Humano, SG-SST, Calidad, Contratación).	X			OBLIGATORIO

Tatiana Ramirez

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA

Castilla La Nueva - Meta, el 27 de junio de 2025

Rdo Sandra Garcia
27/6/2025

Dra.:
SANDRA MAGNOLIA GARCIA CHAVARRO
Director Administrativo
Hospital de Castilla la Nueva E.S.E.

Ref. **PROPUESTA PARA PROCESO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS 2025-209**

Cordial saludo,
ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO, quien se identifica con 1.006.863.092 de Castilla La Nueva - Meta, está interesado en enviar una PROPUESTA para un Contrato de Prestación de Servicios, cuyo objeto ***"PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE FARMACIA EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E."*** de acuerdo a los requerimientos y calidades establecidas por la entidad.

1. **LOS TÉRMINOS EN LOS CUALES SE DESARROLLARÁ EL CONTRATO SON LOS SIGUIENTES:**

1.1. PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución será de **TRES (3) MESES**, contados a partir de la fecha de suscripción del Acta de Inicio por parte del SUPERVISOR y EL CONTRATISTA, previo el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización del contrato.

1.2. VALOR TOTAL DEL CONTRATO: Una vez analizada las condiciones contractuales en cuanto el Objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, y por esto, la cantidad de tiempo físico que me tomará brindarle mis servicios al HOSPITAL para suplir la necesidad, establezco como valor por la prestación de mis servicios la suma de: **SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($6,900,000) M/CTE.**

1.3. FORMA DE PAGO: El HOSPITAL girará los recursos objeto del CONTRATO, así:

EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E cancelará el valor del contrato de la siguiente manera: En mensualidades vencidas, iguales y sucesivas por valor de **DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($2,300,000.00) M/CTE.**, y/o proporcional por fracción de tiempo ejecutado, siempre y cuando se cumpla con el objeto del contrato, previa presentación del informe de actividades desarrolladas, la respectiva factura de venta y/o cuenta de cobro, certificación de pago de aportes al SGSSS y aportes parafiscales, junto al informe de cumplimiento por parte del supervisor del contrato de la satisfactoria entrega e instalación del servidor. **PARÁGRAFO PRIMERO**: El CONTRATISTA deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud, Pensión y riesgos laborales, de conformidad con el parágrafo 1º del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, y la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 723 de 2013. **PARÁGRAFO SEGUNDO**: A la cuenta se le harán los descuentos de ley y el valor neto obtenido se pagará previos los trámites administrativos establecidos por la entidad. El HOSPITAL efectuará las deducciones a que haya lugar sobre cada pago, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre la materia. En todo caso, los pagos antes previstos estarán sujetos al Programa Anual de Caja (PAC), de la entidad. Una vez aceptada la cuenta el HOSPITAL cuenta con diez (10) días para el desembolso efectivo. **PARAGRAFO TERCERO**: El pago será cancelado por medio de la Tesorería Hospital, a través de la consignación en cuenta corriente o de ahorros que el contratista señale en una de las entidades financieras afiliadas al sistema automático de pagos y/o cheque de acuerdo a la solicitud por parte del contratista, previos los descuentos de ley. **PARÁGRAFO CUARTO**: EL HOSPITAL, sólo adquiere obligaciones con el proponente favorecido en el proceso de contratación y bajo ningún motivo o circunstancia aceptará pagos a terceros.

1.4. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS A DESARROLLAR POR EL CONTRATISTA:

LA CONTRATISTA será responsable y se obliga a: **1.** Iniciar la ejecución del presente contrato solo una vez cumplidos los requisitos exigidos para ello y, a más tardar, dentro del día siguiente a aquel en que se suscriba el acta de inicio. **2.** Apoyar en la recepción técnica de medicamentos adquiridos por EL HOSPITAL. **3.** Apoyar en el control del stock de medicamentos y el carro de paro en el servicio de urgencias. **4.** Realizar la facturación de medicamentos para entrega a los pacientes hospitalizados y verificar la devolución de los mismos. **5.** Apoyar en el reporte mensual de medicamentos de control especial a la Secretaría Departamental de Salud. **6.** Apoyar en los requerimientos de medicamentos e

insumos médicos a los proveedores mensuales, teniendo en cuenta la ficha técnica, el material solicitado y las condiciones de entrega del contrato de suministro. **7**. Abastecer el consumo de medicamentos e insumos en el servicio de urgencias a diario. **8**. Realizar entrega medicamentos según la orden médica a pacientes que consultan por el servicio de consulta externa. **9**. Verificar el proceso de facturación de medicamentos. **10**. Mantener en óptimas condiciones el almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos, siendo responsable del cuidado y almacenamiento de los mismos. **11**. Informar a la regente de los medicamentos de baja rotación. **12**. Almacenar y dispensar los insumos de laboratorio del hospital. **13**. Almacenar y dispensar los insumos de odontología. **14**. Descargar del inventario general los insumos que se dispensan a los diferentes servicios que presta el hospital. **15**. Informar y notificar los eventos adversos presentados por los medicamentos y dispositivos médicos, al personal idóneo en la entidad. **16**. Verificar la fecha de vencimiento de los diferentes medicamentos y dispositivos médicos, y en su defecto solicitar cambio. **17**. Apoyar periódicamente en el reporte de fármaco vigilancia y tecno vigilancia al INVIMA. **18**. Facturar a través del sistema PROSOFT los servicios de su competencia prestados por EL HOSPITAL **19**. Diligenciar los formatos FURIPS y FURTRANS. **20**. Verificar en la base de datos los usuarios que soliciten suministro de medicamentos. **21**. Elaborar los recibos de caja de los valores cancelados por los usuarios de EL HOSPITAL y entregarlos al área de facturación. **22**. **Atender oportunamente a los usuarios, brindando información clara, un trato formal y ágil, respetando sus valores, costumbres y creencias. El Hospital es una entidad pública que cumple una función social en la salud, que presta servicios como una empresa y por lo tanto requiere de clientes para su existencia, por lo cual se debe garantizar la satisfacción de los usuarios. 23**. Liquidar la factura correspondiente, aplicando las normas y procedimientos establecidos. **24**. Diligenciar correcta y oportunamente los diferentes registros estadísticos que se requieran y son necesarios para el adecuado desempeño de las actividades encomendadas. **25**. Informar inmediatamente sobre cualquier novedad que se genere en el entorno de su sitio servicio y que afecte el desarrollo normal de las actividades. **26**. Verificar de manera permanente el estado de instalaciones, utensilios y equipos del área de servicios asistenciales, para garantizar la disponibilidad en condiciones óptimas necesarias para ofrecer servicios con calidad. **27.** LA CONTRATISTA presentará informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente contrato, realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del período contractual a informar. **28.** El CONTRATISTA entiende que presta los servicios a una entidad pública que participa directamente en la garantía del derecho fundamental a la salud, de igual forma, entiende que el HOSPITAL busca la humanización del servicio para cumplir con objetivos de acreditación y mejora significativa del servicio, por lo que debe el CONTRATISTA poner a disposición del servicio, las actitudes correctas que permitan representar los valores de la entidad. El contratista pondrá en práctica los criterios positivos de actitud frente al paciente y su familia y, en el ambiente profesional en el lugar en donde presta sus servicios. Estos criterios serán evaluados por el SUPERVISOR. **29. CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EL DISEÑO Y/O IMPLEMENTACION DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTIÓN Y PLANES DE MEJORAMIENTO. 30. Dar estricto cumplimiento al sostenimiento de las buenas relaciones interpersonales entre contratistas, entre contratistas y personal de planta, y entre contratistas y usuarios, so pena que las reiteradas faltas (tres) constatadas por El Hospital como consecuencia de una queja verbal o escrita en su contra, facultan a la Entidad para dar por terminado unilateralmente el presente contrato. 31.** Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución

2. ANEXOS:

Para la presentación de la respectiva cotización anexo la siguiente información que fue requerida:

1. Hoja de vida según formato del Hospital.

Cordialmente,

Alejandra Sepúlveda B

ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO
C.C. No. 1.006.863.092 de Castilla La Nueva - Meta
Dirección: Vereda arenales Finca el Diamante Castilla La Nueva - Meta
Teléfono: 318-469-1968
Email: alejha682@gmail.com

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
SEPULVEDA	BEJARANO	ALEJANDRA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1006863092	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 06 MES 08 AÑO 2000	VEREDA ARENALNES FINCA EL DIAMANTE			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	META
DEPTO	META	MUNICIPIO	CASTILLA LA NUEVA		
MUNICIPIO	CASTILLA LA NUEVA	TELÉFONO	3184691968	EMAIL	alejha682@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2017

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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	2	X		TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA	11	2019	2863
PREGRADO	3	X		ENFERMERIA	06	2019	2590
PREGRADO	2	X		TECNICO EN ASISTENCIA ADMINISTRATIVA	06	2017	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

4 IDIOMAS

ESPECÍFIQUE 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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: CASTILLA LA NUEVA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	01	Año	2025	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 049/2013 CONTRATISTA	DEPENDENCIA: AREA DE FARMACIA						DIRECCIÓN: CARRERA 8 15 VIA CACAYAL					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: CASTILLA LA NUEVA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 6751083	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	06	Año	2024	Día	31	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 049/2013 CONTRATISTA	DEPENDENCIA: AREA DE FARMACIA						DIRECCIÓN: CARRERA 8 8 -15 VIA CACAYAL					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	29	*Mes*	04	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE FARMACIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 8 8 15 VIA CACAYAL						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE FARMACIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 8 8 -15 VIA CACAYAL						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE FARMACIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 8 1 5 VIA CACAYAL						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE FARMACIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 8 - 15 VIA CACAYAL						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE FARMACIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 8 - 15 VIA CACAYAL						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE FARMACIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 8 - 15 VIA CACAYAL						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6751083	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE FARMACIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 8 - 15 VIA CACAYAL						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6751083	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE FARMACIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 8 - 15 VIA CACAYAL						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6751083	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE FARMACIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 8 - 15 VIA CACAYAL						

6 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 ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 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	4	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 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 26-06-2025 Castilla la Nueva

Alejandra Sepúlveda B

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 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.

26/06/25 Castilla

Ciudad y fecha

Karen Celuza

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2025-07-01 14:58

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ALEJANDRA		SEPULVEDA	BEJARANO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1006863092

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	CASTILLA LA NUEVA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	CASTILLA LA NUEVA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	CASTILLA LA NUEVA

Dirección	["carrera 10 No.4-43 barrio centro"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$25.200.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$25.200.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$1.100.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MUEBLE	COLOMBIA	META	CASTILLA LA NUEVA	$5.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO	$11.467.000,00

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [X] No [ ]

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

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

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

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés
Padre	JOHN JAIRO SEPULVEDA CIFUENTES	CEDULA DE CIUDADANIA	10181184	.
Madre	ANA SOLEY BEJARANO BELTRAN	CEDULA DE CIUDADANIA	33875042	.

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Castilla la Nueva (Meta)

Señores:
HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA E.S.E.
Ciudad.

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que se entiendo prestado con la suscripción del presente formulario que SI_____ NO_X_ me encuentro incurso en alguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad para celebrar contratos con su entidad, y puntualmente lo siguiente:

FUENTE	INHABILIDAD	SI	NO
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal a)	¿Está inhabilitado para contratar con el estado de conformidad con las causales establecidas en la constitución o la ley?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal b)	¿En los últimos cinco (5) años ha participado en licitaciones o celebrados contratos estando inhabilitado para contratar con el estado?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal c)	¿En los últimos cinco (5) años le han declarado la caducidad de un contrato estatal?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal d)	¿En los últimos cinco (5) años ha sido condenado a la pena accesoria de interdicción de derechos y funciones públicas, o ha sido sancionado disciplinariamente con destitución?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal e)	¿En los últimos cinco (5) años ha dejado de suscribir –sin justa causa- un contrato estatal que le hubiere sido adjudicado?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal f)	¿Es servidor público?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal g)	Para la presente licitación ha presentado o estima presentar propuesta su cónyuge o compañero permanente, un pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, ¿o segundo de afinidad?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal h)	¿Tiene su representante legal o alguno de sus socios (salvo en las sociedades anónimas abiertas) vínculos de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad, o segundo de afinidad con el representante legal o los socios de otra sociedad que haya presentado o estime presentar propuesta para la presente licitación?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal i)	• ¿Ha sido socio de alguna persona jurídica a la que le haya sido declarada la caducidad en los últimos cinco (5) años? • ¿La persona jurídica tiene algún socio que anteriormente haya sido socio de otra persona jurídica a la que le fuera declarada la caducidad en los últimos cinco (5) años?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal j) modificado por el artículo 31 de la Ley 1178 de 2016.	• ¿Ha sido declarado usted responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la administración pública, o por delitos o faltas contempladas en la Ley 1474 de 2011, o por cualquiera de las conductas delictivas contempladas por las convenciones o tratados de lucha contra la corrupción suscritos y ratificados por Colombia?		X

	• ¿En el caso de personas jurídicas (incluidas matrices y subordinadas – salvo anónimas abiertas) lo han sido sus administradores, representantes legales, miembros de junta directiva o de socios controlantes? • ¿La persona jurídica ha sido declarada responsable administrativamente por la conducta de soborno transnacional?		
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal k) modificado por el artículo 33 de la Ley 1178 de 2016.	Persona natural: Financió usted o sus parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad, o primero civil la campaña del actual alcalde municipal, con aportes superiores al dos por ciento (2.0%) de las sumas máximas a invertir? Persona jurídica: Financió usted o su representante legal, los miembros de junta directiva o cualquiera de sus socios controlantes, directamente o por interpuesta persona la campaña del actual alcalde municipal, con aportes superiores al dos por ciento (2.0%) de las sumas máximas a invertir? **No aplica para servicios profesionales.**		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal a)	¿Fue servidor público de esta entidad desempeñando funciones en los niveles directivo o asesor en el último año?		
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal b)	¿Tiene vinculo de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, con algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor, o de quien ejerza control interno o fiscal de la misma?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal c)	¿Es cónyuge o compañero permanente de algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor, o de quien ejerza funciones de control interno o control fiscal de la misma?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal d)	• ¿Dentro de la persona jurídica tiene participación u ocupa cargos de dirección o manejo algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor? • ¿O que sea cónyuge o compañero permanente o pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o civil de dicho funcionario?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal f) adicionado por el artículo 4° de la Ley 1474 de 2011.	• Usted o las personas a través de las cuales prestará el servicio, ocuparon en los últimos dos años un cargo directivo en esta entidad, ¿cuyo sector tenga relación con el objeto del futuro contrato? • Tiene parentesco hasta el primer grado de consanguinidad, primero de afinidad, o primero civil con un ex empleado público, con el que se cumpla las condiciones antes mencionadas? • La sociedad tiene vinculado a cualquier título a un ex empleado público, con el que se cumpla las condiciones antes mencionadas?		X

Inciso tercero, Art. 49 Ley 617 de 2000 modificado por el artículo 1° de la Ley 1148 de 2007, y por la Ley 1296 de 2009	• ¿Es cónyuge, compañero permanente, o tiene parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, o primero civil con el alcalde de esta entidad? • ¿Tiene vinculado o prevé vincular para la ejecución del respectivo contrato a una persona que tenga tales calidades?		X
Parágrafo 3°Art. 49 Ley 617 de 2000 modificado por el artículo 1° de la Ley 1148 de 2007	• ¿Es cónyuge, compañero permanente, o pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad o único civil de algún concejal del municipio? • ¿Tiene vinculado o prevé vincular para la ejecución del respectivo contrato a una persona que tenga tales calidades?		X
Art. 90 Ley 1474 de 2011	• ¿Ha sido objeto de imposición de multas o declaratorias de incumplimiento? Nota: En caso afirmativo indique el tipo de sanción, la entidad que la impuso y la fecha de imposición		X
OBSERVACIONES:	*"Diligencia esta casilla en caso de que la respuesta a alguna de las preguntas anteriores haya sido afirmativa, o en el evento de que considere pertinente poner de presente a la entidad alguna circunstancia que pudiera incidir en su capacidad para contratar."*		

TENGA EN CUENTA:

.- *Cónyuge:* persona que se encuentra unida a otra mediante matrimonio civil o religioso.
.- *Compañero Permanente:* Es el hombre y mujer que forman parte de la unión marital de hecho, es decir quienes, sin estar casados, hacen una comunidad de vida permanente y singular, en los términos de la Ley 54 de 1990.
.- *Parentesco por consanguinidad:* Es la relación o conexión que existe entre las personas que descienden de un mismo tronco o raíz o que están unidas por los vínculos de la sangre.
.- *Parentesco por afinidad:* Es el que existe con los familiares consanguíneos de su respectivo cónyuge o compañero permanente.
.- *Parentesco Civil:* Es el que resulta de la adopción, mediante la cual la ley estima que el adoptante, su mujer y el adoptivo se encuentran entre sí, respectivamente, en las relaciones de padre, de madre, de hijo. Este parentesco no pasa de las respectivas personas.
.- *Parentesco hasta primer grado de consanguinidad:* papá, hijo,
.- *Parentesco hasta primer grado de afinidad:* papá, hijo, de su cónyuge o compañero permanente.
.- *Parentesco hasta segundo grado de consanguinidad:* papá, abuelo, hijo, nieto, hermano
.- *Parentesco hasta segundo grado de afinidad:* papá, abuelo, hijo, nieto, hermano de su cónyuge o compañero permanente.
.- *Parentesco hasta cuarto grado de consanguinidad:* papá, abuelo, bisabuelo, tatarabuelo, Hijo, nieto, bisnieto, tataranieto, Hermano, tíos, sobrinos, primo hermano, tío abuelo, sobrino nieto.
.- *Parentesco primero o único civil:* El que existe entre el hijo y los padres adoptantes.

Firma,

Alejandra Sepúlveda B

Nombre: Alejandra Sepúlveda Bejarano
Cédula: 1006,863,092

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.863.092**

SEPULVEDA BEJARANO

APELLIDOS

ALEJANDRA

NOMBRES

Alejandra Sepúlveda B

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-AGO-2000**

CASTILLA LA NUEVA
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53	**A-**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

10-AGO-2018 CASTILLA LA NUEVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-5201000-01061570-F-1006863092-20181219 **00637**88728A 1 48183389

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141172596244

(415)7707212489984(8020) 000014117259624 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 0 6 8 6 3 0 9 2	3	Impuestos y Aduanas de Villavicencio	2 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 6 8 6 3 0 9 2	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Meta 5 0	Castilla la Nueva 1 5 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SEPULVEDA	BEJARANO	ALEJANDRA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Castilla la Nueva 1 5 0

41. Dirección principal
VDA ARENALES FCA EL DIAMANTE

42. Correo electrónico alejha682@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 8 4 6 9 1 9 6 8	3 1 6 3 7 4 0 0 1 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 1 1	2 0 2 0 1 0 0 1	8 6 9 9	2 0 2 0 1 0 0 1				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre SEPULVEDA BEJARANO ALEJANDRA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS B	1	14-02-18.	14 3403402.	Daniel.
	2	4-08-18.	14 3402B	Yudith.
	3			
	R			
HEPATITIS A+B	1			
	2			
	3			
HEPATITIS A	1			
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
VARICELA	1			
	2			
INFLUENZA	1			
TOXOIDE TETANICO DIFTERICO TD	1	15-02-18.	D22 99	Adriana Nuñez.
	2			
	3			
	4			
	5			
F. AMARILLA	1	20-09-01.		Luis Angel R.

A	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
ILAR	1			
OCO	1			
XCO	1		Centro Especializado en Vacunación	
	1			
ICA	2			
	3			
EA	1			
AL	1	19-04-18	A69CE654A	Daniel.
	2			

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Nº 6196

Centro Especializado en Vacunación

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida

NIT. 900.394.707-3 - Cod. del Prestador 110012180401

NOMBRE: Alejandra Sepulveda B.

IDENTIFICACIÓN: 1006863092.

TELÉFONO: F.N.: 06-08-00

Carrera. 18C No. 26A-08 Sur B. Olaya

Tel.: (01) 804 10 05 - 408 21 80 - Cel: 310 674 82 24 - 320 420 17 13

e-mail: vacunarcolombia2014@gmail.com • www.vacunarcolombia.com

Powered by CamScanner

CUNA	DOSIS	LOTE	FECHA	FIRMA
CG	Recién nacido		28-6-01	
	1a dosis		16-11-00	
patitis B	2a dosis		14-12-00	
	3a dosis		20-2-01	
	2 meses		16-11-00	
DPT	4 meses		19-12-00	
	6 meses		20-2-01	
	18 meses		14-2-02	
	5 años		26-07-05	

R+ VOP 22-04-06 Viviana J.

VACUNA	DOSIS	LOTE	FECHA	FIRMA
Polio	2 meses	19-1-01		
	4 meses	20-2-01		
	6 meses	29-4-01		
	18 meses	14-2-02		
	5 años			
Hib	2 meses	16-11-00		
	4 meses	19-12-00		
	6 meses	20-2-01		
	18 meses			
Triple Viral	12 meses	11-10-01		
	5 años	8-10-05		

VACUNA	DOSIS	LOTE	FECHA	FIRMA
Hepatitis A	1a dosis	7-092		
	2a dosis			
Varicela	1 dosis	104 000		
Influenza (Gripe)	1a dosis	165839-1	17-05-08	
	2a dosis	1+AGRIP108		
F. Amarilla			20-4-01	
Toxoide Tetánico			21-04-03	
+Hecmo23		500 001		

BCG - Tuberculosis
DPT - Difteria, Tétanos, Tosferina
Hib - Haemophilus influenza tipo b
Triple viral - Rubéola, Sarampión, Parotiditis

FN 6-8-00.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	01-3-12	Serom 012N 1012	Sandra
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fabricante y Lote	Firma
Virus de Papiloma Humano	1ra	30-04-13 Gardasil	Lorena B.
		Oct 2013	

Powered by CamScanner

Este carnet es valido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo



En caso de requerir el certificado Internacional de vacunación Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

POR MI Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Santa Bárbara

Centro de Especialistas
SANTA BARBARA, I.P.S.
Cra. 38 No. 36 - 30 Barzal Tel. 684 8597 V/cio
Cra. 14 Nº 12 - 34 Tel. 657 4516 Acacias

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO

Nombres:	Alejandra
Apellidos:	Sepulveda Bejarano
Documento de identidad:	C.C. X T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 1006853092
Fecha de Nacimiento:	DÍA 06 MES 08 AÑO 2000

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	09-06-23	2705009	
	2	13-07-23	2705009	
	3	15-01-24	122066	

Centro de Especialistas Santa Bárbara I.P.S. Cra. 14 No. 12-34 Acacías Centro Médico

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	09052023	Biomanguinhos 2460082	Unica	Patricia B.
Contra Influenza	09052023	V505L 4007	ANUAL	Ahora
	09052023	V505250 02	ANUAL	Patricia
Otras				

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Alejandra

Apellidos: Sepulveda Bejarano

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál

No. 1006863093

Fecha de nacimiento: Día 06 Mes 08 Año 2000

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	05-03-2021	Sinovac	A202101044	Castilla la Nueva	Mohora Rivera	31021358
	2	03/04/2021	Sinovac	E202102011	Hospital Castilla la N ESE.	Nhora Rivera	31021358
	Refuerzo	26-11-2021	Moderna	910825	Hospital Castilla la Nueva	Adriana Cadena	1122116798

Escaneado con CamScanner

Centro de Especialistas
Santa Barbara I.P.S E.U
Nit. 900.051.899-7

Cra 38 No 36-30 Barzal Tels: 6848597 – 3138517542 Vicio
Cra 14 No 12-34 Tel: 6574516 Cel: 3112703665 Acacias – Meta
Email: Santabarbara.ips@gmail.com www.ipssantabarbara.com

De acuerdo al Decreto 2345 de 2007se certifica que por parte del trabajador, que todos los datos consignado en la historia ocupacional y medica son verdicos, se autoriza informar a la empresa, las conclusiones generales del estado de salud de la poblacione examinada, informacion que sera consignada en el diagnostico de salud de la empresas la cual pertenezca, y se utilizara para el cumplimiento de los subprogramas (art 15) de medicina preventiva y del trabajo, segun art. 10 de la resolucion 1015 de 1989, o la norma que la notifique, adicione o sustituya.

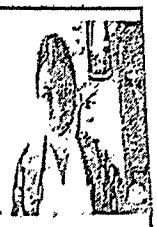
INFORMACION GENERAL

FECHA EXAMEN: 19/04/2023 CIUDAD: META - CASTILLA LA NUEVA

Empresa: HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIA Proyecto: HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA

INFORMACION DEL TRABAJADOR

Documento Identidad:CC 1006863092	NOMBRE:ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO	
Edad: 22 Años	Cargo: AUXILIAR DE FARMACIA	Evaluacion Medica de: PERIODICO



CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

EXAMENES PRACTICADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PERIODICO OPTOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD

EXAMEN DE INGRESO		EXAMEN PERIODICO		EXAMEN DE RETIRO	
Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo		Satisfactorio	X	Satisfactorio	
Presenta condiciones de salud que no disminuye su capacidad laboral		Signos y Sintomas de enfermedad general que deber ser valorados por su EPS		Condiciones de salud que deben ser valoradas por su EPS	
Presenta condiciones de salud que pueden comprometer su productividad		Se debe reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo		Continuar manjeo por ARL	
Presenta condicones de salud que deben ser tratadas antes de ingresar		Secuela de accidente de trabajo		Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS	
No cumple con los requisitos del perfil del cargo		Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS		Valoración medica laboral para evaluación y calificación	
Proceso no terminado		Proceso no terminado		Proceso no terminado	

Observaciones:

EXAMENES ANEXOS	SI/ NO	Apto / No AP	EXAMENES ANEXOS	SI/ NO	EXAMENES ANEXOS	SI/ NO
REQUIERE PARA EXAMENES EN ALTURAS	NO	NA	OSTEOMUSCULAR	SI	NEUROLOGICO	NO
REQUIERE PARA MANIPULAR ALIMENTOS	NO	NA	RESPIRATORIO	NO	DERMATOLOGICO	NO
REQUIERE PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	NO	NA	CARDIOVASCULAR	NO	MANIPULAR CARGAS	NO

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

SEGUN IMC		MANEJO POR EPS / ARL		RECOMENDACIONES		SVC / (Incluir en)	
Dieta		Control periodico PP o EPS		Control Periodico Ocupacional		Visual	
Ejercicio Regular	X	Se Prescribe Tratamiento		Higiene Postural	X	Auditivo	
Dieta y Ejercicio Regular		Remi. a EPS manejo medico		Utilizacion de EPP	X	Respiratorio	
Valoracion Nutricion por EPS		Continuar Manejo Medico		Utilizacion de Ayudas Ergono.		Ergonomico	
Descartar Altera. Metabolicas		Remision ARL para manejo		Medidas Anti Varices		Cardiovascular	
Dieta, Ejecicios y Med.		Uso Proteccion Solar FiltroUV		Evaluacion Puesto de Trabajo		Psicolaboral	
				Pausas Activas Cada 3 Horas	X	Quimico	
				Pausas Ergonomicas		Biologico	

RECOMENDACIONES: EJERCICIO FISICO REGULAR
CUMPLIR PROTOCOLO ANTI COVID 19

Medico MILCIADES LEON PICO
R.M: 4339

Alejandra Sepulveda B

Paciente: ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO
CC 1006863092

Powered by CamScanner

CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del COTIZANTE	
CC 1006863092 ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO	
Estado Cotizante:	**Vigente**
Causal:	
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	**0**
Fecha Afiliación:	**15/03/2022**
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el día 24 de Junio de 2025 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A.

porvenir
sólo hay uno

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:

ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.863.092**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Junio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO** identificado con **CC** No. **1006863092**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE - NI. 900004059	**Fecha de inicio de cobertura:** 05/04/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/04/2025 **Fecha fin de Contrato:** 30/06/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal **www.positivaenlinea.gov.co**, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501016256399.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 24 días del mes de junio de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

FORMATO COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo, Alejandra Sepúlveda Bejarano identificado con cédula de ciudadanía No 1006863092 expedida en Castilla la Nueva en mi condición de PROPONENTE (Representante Legal o Persona Natural), me obligo a cumplir con el objeto del presente documento, por ello, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes, relacionados con: **PRIMERA - COMPROMISO:** EL PROPONENTE, quien para los efectos del presente documento se denominará PARTE RECEPTORA se obliga a no divulgar a terceras partes, la "Información confidencial", que reciba por parte del HOSPITAL, que para los efectos del presente documento se denominará PARTE REVELADORA, de igual forma, se obliga a darle a dicha información el mismo tratamiento que le darían a la información confidencial de su propiedad. Para efectos del presente compromiso, "Información Confidencial" comprende toda la información divulgada por la PARTE REVELADORA, ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible y que se encuentre claramente marcada como tal al ser entregada a la parte receptora. **SEGUNDA - OBJETO:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir LA PARTE RECEPTORA, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra LA PARTE REVELADORA. Por lo tanto, quien suscribe el presente documento se obliga a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, comunicar, utilizar y/o emplear la información conocida o entregada por la parte reveladora, para fines distintos al cumplimiento del objeto del contrato a celebrar con el HOSPITAL.**TERCERA - CONOCIMIENTO EXCLUSIVO:** La parte receptora se obliga a mantener de manera confidencial la "Información confidencial" que reciba de la PARTE REVELADORA y no la revelará a un tercero, de tratarse de una empresa o comerciante, deberá compartirla únicamente con el equipo de trabajo y asesores que tengan la necesidad de conocer dicha información para los propósitos autorizados, y quienes deberán estar de acuerdo en mantener de manera confidencial dicha información. **CUARTA - USO EXLUSIVO:** La PARTE RECEPTORA se obliga a utilizar la "Información confidencial" recibida, únicamente para el desarrollo el objeto del contrato suscrito con la PARTE REVELADORA. **QUINTA - RESPECTO A LOS DATOS PERSONALES:** Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, la PARTE RECEPTORA dará estricto cumplimiento a las disposiciones constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de HABEAS DATA, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política y la ley 1581 de 2012 y las disposiciones internas de la entidad **SEXTA – OBLIGACIÓN DE RESPONDER POR LOS DAÑOS:** En caso de que la PARTE RECEPTORA incumpla parcial o totalmente con las obligaciones establecidas en el presente compromiso éste será responsable de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento llegase a ocasionar a la PARTE REVELADORA. **SEPTIMA – CLAÚSULA PENAL:** Independientemente de la cláusula anterior, La PARTE RECEPTORA por el cumplimiento del presente ACUERDO deberá pagar como cláusula penal el valor equivalente a CUATRO (4) SMLMV. PARÁGRAFO: El presente ACUERDO presta mérito ejecutivo por sí mismo, como garantía del cumplimiento o el incumplimiento. **NOVENA – VIGENCIA:** La vigencia del presente compromiso será indefinido y permanecerá vigente mientras exista la información en manos de la PARTE RECEPTORA.

En consecuencia de lo anterior, el presente compromiso se firma a los veintisiete (27) días del mes de junio del 2025.

Alejandra Sepúlveda B

LA PARTE RECEPTORA (Firma)

Nombre. Alejandra Sepúlveda Bejarano

CC No. 1006863092

Nit. No. _____

Empresa_____

LA PARTE REVELADORA (Firma)

MARTHA LUCIA HERRERA RIOS

Gerente del Hospital de Castilla la Nueva E.S.E.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, CONSULTA DE ANTECEDENTES, Y CONSULTA DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES

Yo[1], quien me identifico como aparece al pie de mi firma, por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, la Ley 1918 de 2018 y el Decreto 753 de 2019, AUTORIZO libre, expresa e inequívocamente al HOSPITAL, para que realice la consulta, verificación, recolección y tratamiento de mis datos personales, que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la CONTRATACIÓN de la Entidad.

Igualmente, manifiesto que de conformidad con el artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, AUTORIZO expresamente al HOSPITAL a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico que se relaciona en el CONTRATO. Por lo anterior, autorizo y acepto recibir notificaciones a través de medios electrónicos.

Respecto a la consulta en el Registro de Inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad, el HOSPITAL queda plenamente facultado para realizar la consulta en el aplicativo dispuesto para ello.

De igual manera manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Cordialmente,

Firma: Alejandra Sepúlveda B

Nombre Completo: Alejandra Sepúlveda Bejarano

Identificación: 1006863092 expedida en Castilla La Nueva

Fecha: 27/06/2025

[1] Persona que se identifica al final del escrito y quien actúa en nombre propio o como Representante Legal de una Persona Jurídica.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 274368562

PIB
16:18:33

Bogotá DC, 24 de junio del 2025

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) ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1006863092:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene 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. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del 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 Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

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 martes 24 de junio de 2025, a las 16:25:16, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1006863092
Código de Verificación	1006863092250624162516

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.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:45:09 PM horas del 24/06/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1006863092**

Apellidos y Nombres: **SEPULVEDA BEJARANO ALEJANDRA**

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.

DIJIN

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 24/06/2025 04:27:59 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1006863092 .**

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. **118566592** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:29:42 horas del 24/06/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1006863092,** Apellidos y Nombres **SEPULVEDA BEJARANO ALEJANDRA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Hospital Castilla la Nueva E.S.E**, con NIT **900004059-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1006863092 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 24/06/2025 04:36 PM

Código Verificación: **MKFXWN8HR4**

Válida hasta: **22/09/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7- 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.006.863.092 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 705077089, abierta/o desde el 15/10/2020.

Se expide en Bogotá el día 24 del mes de Junio del año 2025 con destino a: Hospital Castilla la Nueva E.S.E

Firma Autorizada

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

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre la

Institución Educativa San Lorenzo

Castilla La Nueva - Meta

Aprobada mediante Resolución Nº. 5703 del 23 de noviembre de 2017 por la Secretaría de Educación Departamental del Meta

Confiere el Título de:

Bachiller Académico

A:

Sepúlveda Bejarano Alejandra

T.I 1006863092

Por haber cursado y aprobado estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, de conformidad con los artículos 23 y 31 de la Ley 115 de 1994, el Decreto 1860 de 1994 y el Decreto 1290 de 2009, expedidos por el Ministerio de Educación Nacional

Libro de Registro No. 1 Acta No. 04 Folio Nº. 16

Dado en Castilla La Nueva - Meta, a los 07 días del mes de Diciembre de 2017

Alfredo Romero Mesa

Rector

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

ACTA DE GRADO

Institución Educativa San Lorenzo

Castilla La Nueva - Meta

En el municipio de Castilla La Nueva - Meta, a los 07 días del mes de diciembre del año 2017 el suscrito Rector de la Institución Educativa San Lorenzo formalizó la graduación de los estudiantes de grado undécimo.

Institución Oficial aprobada en el Nivel de Educación Media Académica autorizada por la Secretaria de Educación del Meta para otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO, según Resolución Nº. 5703 del 23 de noviembre de 2017.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de BACHILLLER ACADÉMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Sepúlveda Bejarano Alejandra

T.I 1006863092

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 04 de fecha 07 de diciembre de 2017 que consta de 29 estudiantes, inicia con el nombre de **ACERO HERNÁNDEZ CATALINA** y termina con el nombre de **VARGAS CADENA MAYERLY.**

Dado en Castilla La Nueva - Meta, a los 07 días del mes de diciembre de 2017

LIC. ALPIDIO ROMERO MESA
Rector

No se requiere registro de Secretaría de Educación según Decreto 921 del 6 de mayo de 1994, expedido por el MEN y 2150 del 5 de diciembre de 1995 de la Presidencia de la República

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO

Con Tarjeta de Identidad No. 1.006.863.092

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Título de

TÉCNICO EN

ASISTENCIA ADMINISTRATIVA

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Castilla La Nueva, a los treinta (30) días del mes de mayo de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
OSCAR YEZID CASTRO MENDOZA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

OSCAR YEZID CASTRO MENDOZA
Subdirector (E) CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META
REGIONAL META

37504590 - 30/05/2018
No y FECHA REGISTRO

REGIONAL META
CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 37504590 - 30/05/2018

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO, Con Tarjeta de Identidad No. 1.006.863.092

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TÉCNICO EN ASISTENCIA ADMINISTRATIVA

En constancia de lo anterior se firma la presente en Castilla La Nueva, a los treinta (30) días del mes de mayo de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
OSCAR YEZID CASTRO MENDOZA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

OSCAR YEZID CASTRO MENDOZA
Subdirector (E) CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META
REGIONAL META

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9532001239983T11006863092A.

El Convenio SENA y El Gobierno Municipal De Castilla La Nueva

Concede el Siguiente

Certificado de Finalización

Al Aprendiz

Alejandra Sepúlveda Bejarano

Identificado(a) con el número de documento 1006863092

Confirmando que ha finalizado satisfactoriamente

La etapa lectiva correspondiente al Programa de Formación

TÉCNICO EN ASISTENCIA ADMINISTRATIVA

La presente se firma en Castilla la Nueva - Meta, el día 16 de diciembre de 2016.

Christian David Herrera
Secretario de Educación, Cultura y Deporte

Jaime Alberto Prieto
Coordinador convenio SENA Alcaldía Castilla la Nueva

Acta Individual de Grado

" LOS ANDES "
INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN
" PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO "

En el municipio de Acacias-Meta, a los **30** *días del mes de* **NOV.** *del año 201* **9** *se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos. Las suscritas Directora y Secretaria en la dirección de : LA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO LOS ANDES* ***Aprobada según Acuerdo Nº 00119 de mayo 19 de 2015,emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social.Las Resolucion Nº 6544 de Octubre 15 de 2015 por la Secretaria de Educacion del Departamento del Meta.***

Comprobada la situación Legal y Académica, de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios Exigidos por el Ministerio de la Proteccion Social se procedió a otorgar el ***CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIA TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACÉUTICOS,con una intensidad horaria de 1600 horas,*** *al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:*

ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO
C.C. 1.006.863.092 de CASTILLA LA NUEVA

Es fiel copia tomada del Acta Original General No **28** *de fecha* **30 NOV.** *de 201* **9** *y que consta de* **20** *alumnos,que comienza con el nombre de :* **Beltrán Manjarres Viviana Estefanía** *y se cierra con el nombre de:* **Villar Marín Mayra Alejandra**

Firmada por : LIC .LILIA CAMELO DE MANCERA (Directora) y NUBIA STELLA PARRA ROJAS (Secretaria).

Dada en el municipio de Acacias-Meta a los **30** *días del mes de* **NOV.** *de 201* **9**

Firmada

LOS ANDES Inst. Edu. DIRECTORA Villavicencio Para el trabajo y el desarrollo humano

Lic. LILIA CAMELO DE MANCERA
C.C. No. 21.215.866 de V/cio.
Directora

LOS ANDES Inst. Edu. SECRETARIA Villavicencio Para el trabajo y el desarrollo humano

NUBIA STELLA PARRA ROJAS
C.C. No. 40.370.167 de V/cio.
Secretaria

DEPARTAMENTO DEL META
NIT. 892.000.148-8

RESOLUCIÓN NÚMERO 22863
Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión

EL SECRETARIO DE SALUD DEL META
En uso de sus facultades y en especial las conferidas en la Ley 1164 de 2007

CONSIDERANDO:

Que ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO con cédula de ciudadanía número 1.006.863.092 de Castilla La Nueva, solicitó ante esta Secretaría autorización para ejercer como Auxiliar en Servicios Farmacéuticos, según Certificado de Técnico Laboral otorgado por Los Andes Institución de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano el 30 de noviembre de 2019.

Que, revisada la documentación presentada se constató el cumplimiento de los requisitos exigidos para dicho trámite.

Que, en virtud de lo expuesto, este despacho.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. Autorizar a ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO con cédula de ciudadanía número 1.006.863.092 de Castilla La Nueva, para ejercer como Auxiliar en Servicios Farmacéuticos en el Territorio Nacional.

ARTÍCULO SEGUNDO. Contra la presente resolución procede el recurso de reposición y apelación en los términos establecidos en el Código Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Villavicencio, diciembre 02 de 2019

JORGE OVIDIO CRUZ ALVAREZ
Secretario de Salud

Revisó: Zandra Yarley Rojas Bonilla
Gerente de Calidad Inspección y Vigilancia de los Servicios

Gloria C.

SECRETARIA DE SALUD DEL META
Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto
Tel. 6610544 – 6620140 Villavicencio – Meta
Línea Nacional Gratuita: 018000187408
salud@meta.gov.co –
www.saludmeta.gov.co

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

Institución de Educación
Para el Trabajo y Desarrollo Humano
Los Andes
Acacias-Meta

Aprobado según Resolución Nº 6544 de Octubre 15 de 2015 por la Secretaria de Educacion del Departamento del Meta, y el Acuerdo Nº 00119 de Mayo 19 de 2015 por el Ministerio de la Protección Social.

Certifica
a:

Alejandra Sepúlveda Bejarano

C.C. 1.006.863.092 de CASTILLA LA NUEVA

El presente certificado de aptitud ocupacional por competencia
Técnico Laboral en Auxiliar en Servicios Farmacéuticos

Por haber culminado sus estudios y cumplido los requisitos académicos exigidos por el Ministerio de la Protección Social con una intensidad horaria de 1600 horas.

LOS ANDES Inst Edu DIRECTORA Villavicencio

Lilia Camelo de Mancera
Directora

LOS ANDES Inst. Edu. SECRETARIA Villavicencio

Nubia Stella Parra Rojas
Secretaria

Libro de Registro No D Acta No 28 Folio No 16

No se Requiere Registro, según Decretos No 921 del 06 de Mayo de 1994 Expedido por el Ministerio de Educación Nacional y 2150 del 05 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la Republica

Dado en el Municipio de Acacias-Meta a los 30 dias del mes de NOVIEMBRE de 2019

Acta Individual de Grado

" LOS ANDES "
INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN
" PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO "

En el municipio de Acacias-Meta, a los **29** *días del mes de* **JUNIO** *del año 201* **9** *se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos. Las suscritas Directora y Secretaria en la dirección de : LA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO LOS ANDES* ***Aprobada según Acuerdo Nº 00119 de mayo 19 de 2015,emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social.Las Resolucion Nº 6544 de Octubre 15 de 2015 por la Secretaria de Educacion del Departamento del Meta.***

Comprobada la situación Legal y Académica, de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios Exigidos por el Ministerio de la Proteccion Social se procedió a otorgar el ***CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIA TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA,con una intensidad horaria de 1800 horas,*** *al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:*

ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO
C.C. 1.006.863.092 de CASTILLA LA NUEVA

Es fiel copia tomada del Acta Original General No **33** *de fecha* **29 JUNIO** *de 201* **9** *y que consta de* **36** *alumnos,que comienza con el nombre de :* **Cardona Flores Legis Nayi**

y se cierra con el nombre de: **Zamora Liévano Laura Daniela**

Firmada por : LIC .LILIA CAMELO DE MANCERA (Directora) y NUBIA STELLA PARRA ROJAS (Secretaria).

Dada en el municipio de Acacias-Meta a los **29** *días del mes de* **JUNIO** *de 201* **9**

Firmada

Lic. LILIA CAMELO DE MANCERA
C.C. No. 21.215.866 de V/cio.
Directora

NUBIA STELLA PARRA ROJAS
C.C. No. 40.370.167 de V/cio.
Secretaria

DEPARTAMENTO DEL META
NIT. 892.000.148-8

RESOLUCIÓN NÚMERO 22590
Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión

EL SECRETARIO DE SALUD DEL META
En uso de sus facultades y en especial las conferidas en la Ley 1164 de 2007

CONSIDERANDO:

Que ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO con cédula de ciudadanía número 1.006.863.092 de Castilla La Nueva, solicitó ante esta Secretaría autorización para ejercer como Auxiliar en Enfermería, según Certificado de Técnico Laboral otorgado por la Institución de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Los Andes el 29 de junio de 2019.

Que, revisada la documentación presentada se constató el cumplimiento de los requisitos exigidos para dicho trámite.

Que, en virtud de lo expuesto, este despacho.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. Autorizar a ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO con cédula de ciudadanía número 1.006.863.092 de Castilla La Nueva, para ejercer como Auxiliar en Enfermería en el Territorio Nacional.

ARTÍCULO SEGUNDO. Contra la presente resolución procede el recurso de reposición y apelación en los términos establecidos en el Código Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Villavicencio, agosto 13 de 2019

JORGE OVIDIO CRUZ ALVAREZ
Secretario de Salud

Revisó: Zandra Yarley Rojas Bonilla
Gerente de Calidad Inspección y Vigilancia de los Servicios

Gloria C.

SECRETARIA DE SALUD DEL META
Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto
Tel. 6610544 – 6620140 Villavicencio – Meta
Línea Nacional Gratuita: 018000187408
salud@meta.gov.co –
www.saludmeta.gov.co

	DEPARTAMENTO DEL META HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT 900.004.059-7			
	CERTIFICACIONES			
	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	Documento Controlado
	PE-FCF-04	26/02/2020	4	

LA SUSCRITA GERENTE DEL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA "ESE"

CERTIFICA:

Que la señora **ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO,** identificada con cedula de ciudadanía No. 1.006.863.092 de Castilla la Nueva- Meta, estuvo vinculada a esta institución mediante la modalidad de contrato civil de prestación de servicios. A continuación se relaciona los contratos ejecutados con la entidad.

- Contrato civil de prestación de servicios **No. 2020-356** cuyo objeto es: **"PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE FARMACIA EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE."...,** del periodo comprendido desde el primero (01) de octubre del año dos mil veinte" (2020) al treinta y uno (31) de diciembre del año dos mil veinte (2020), con un valor mensual de **UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS ($ 1.500.000.oo) M/CTE**

- Contrato civil de prestación de servicios **No. 2021-059** cuyo objeto es: **"PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE FARMACIA EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE."...,** del periodo comprendido desde el primero (01) de enero del año dos mil veintiuno" (2021) al treinta (30) de junio del año dos mil veintiuno (2021), con un valor mensual de **UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS ($ 1.500.000.oo) M/CTE**

- Contrato civil de prestación de servicios **No. 2021-192** cuyo objeto es: **"PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE FARMACIA EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE."...,** del periodo comprendido desde el primero (01) de julio del año dos mil veintiuno" (2021) al treinta y uno (31) de diciembre del año dos mil veintiuno (2021), con un valor mensual de **UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS ($ 1.500.000.oo) M/CTE**

Se expide la presente a solicitud del interesado a los trece (13) días del mes de junio del año dos mil veintidós (2022).

ROSA MARIA JIMENEZ BAQUERO
Gerente

	DEPARTAMENTO DEL META HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT 900.004.059-7			
	CERTIFICACIONES			
	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	Documento Controlado
	PE-FCF-04	26/02/2020	4	

LA SUSCRITA GERENTE DEL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA "ESE"

CERTIFICA:

Que la señora **ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO,** identificada con cedula de ciudadanía No. 1.006.863.092 de Castilla la Nueva- Meta, está vinculada a esta institución, mediante Contrato civil de prestación de servicios **No. 2022-044** cuyo objeto es: **"PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE FARMACIA EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE."...,** del periodo comprendido desde el primero (01) de enero del año dos mil veintidós" (2022) hasta treinta (30) de junio del año dos mil veintidós (2022), por un valor mensual de **UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS ($ 1.500.000.oo) M/CTE**

Se expide la presente a solicitud del interesado a los trece (13) días del mes de junio del año dos mil veintidós (2022).

ROSA MARIA JIMENEZ BAQUERO
Gerente

EL SUSCRITO SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DEL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA "ESE"

CERTIFICA

Que la señora **ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO,** identificada con cedula de ciudadanía No. 1.006.863.092 de Castilla la Nueva- Meta, estuvo vinculada a esta institución mediante la modalidad de contrato civil de prestación de servicios. A continuación se relaciona los contratos ejecutados con la entidad.

- Contrato civil de prestación de servicios **No. 2022-185** cuyo objeto es: **"PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE FARMACIA EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE."...,** del periodo comprendido desde el primero (01) de julio del año dos mil veintidós (2022) hasta el treinta y uno (31) de diciembre del año dos mil veintidós (2022), por un valor de total de **NUEVE MILLONES DE PESOS ($ 9,000,000.00) M/CTE.**

- Contrato civil de prestación de servicios **No. 2023-031** cuyo objeto es: **"PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE FARMACIA EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE."...,** del periodo comprendido desde el primero (01) de enero del año dos mil veintitrés" (2023) con vigencia al treinta (30) de junio del año dos mil veintitrés (2023), con un valor total de **DIEZ MILLONES DOSCIENTOS SESENTA MIL PESOS ($ 10,260,000.00) M/CTE.**

Para constancia se firma en Castilla la Nueva - Meta, a los veintiséis (26) días del mes de junio del año dos mil veintitrés (2023).

LUIS ENRIQUE BARON TELLO
Subgerente

Elaboró: Irene Franco Vásquez / Secretario Ejecutivo
Revisó: Enrique Barón Tello / subgerente Empresa Social del Estado

EL SUSCRITO SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DEL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA "ESE"

CERTIFICA

Que la señora **ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO,** identificada con cedula de ciudadanía No. 1.006.863.092 de Castilla la Nueva- Meta, estuvo vinculada a esta institución mediante la modalidad de contrato civil de prestación de servicios. A continuación, se relaciona los contratos ejecutados con la entidad.

- Contrato civil de prestación de servicios **No. 2022-185** cuyo objeto es: **"PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE FARMACIA EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE."** ..., del periodo comprendido desde el primero (01) de julio del año dos mil veintidós (2022) hasta el treinta y uno (31) de diciembre del año dos mil veintidós (2022), por un valor de total de **NUEVE MILLONES DE PESOS ($ 9,000,000.00) M/CTE.**

- Contrato civil de prestación de servicios **No. 2023-031** cuyo objeto es: **"PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE FARMACIA EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE."**..., del periodo comprendido desde el primero (01) de enero del año dos mil veintitrés" (2023) con vigencia al treinta (30) de junio del año dos mil veintitrés (2023), con un valor total de **DIEZ MILLONES DOSCIENTOS SESENTA MIL PESOS ($ 10,260,000.00) M/CTE.**

- Contrato civil de prestación de servicios **No. 2023-158** cuyo objeto es: **"PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE FARMACIA EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE."**..., del periodo comprendido desde el primero (01) de julio del año dos mil veintitrés" (2023) con vigencia al treinta y uno (31) de diciembre del año dos

mil veintitrés (2023), con un valor total de **DIEZ MILLONES DOSCIENTOS SESENTA MIL PESOS ($ 10,260,000.00) M/CTE.**

Para constancia se firma en Castilla la Nueva - Meta, a los catorce (14) días del mes de marzo del año dos mil veinticuatro (2024).

LUIS ENRIQUE BARON TELLO
Subgerente

Elaboró: Irene Franco Vásquez / secretario ejecutivo
Reviso: Enrique Barón Tello / subgerente Empresa Social del Esta

	DEPARTAMENTO DEL META HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT 900.004.059-7			
	CERTIFICACIONES			
	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	Documento Controlado
	PE-FCF-04	26/02/2020	4	

EL SUSCRITO SUBGERENTE DEL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA "ESE

CERTIFICA:

Que la Señora **ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO**, identificada con cedula de ciudadania No. C.C. No. 1.006.863.092 de Castilla La Nueva - Meta, estuvo vinculada a esta institución, mediante la modalidad de contrato de prestación de servicios. A continuación, se relaciona contrato ejecutado con la entidad:

- Contrato civil de prestación de servicios **No. 2024-016** cuyo objeto fue: **PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE FARMACIA EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E....**", Del periodo comprendido desde el primero (01) de enero del año dos mil veinticuatro (2024) hasta el 31 (31) de marzo del año dos mil veinticuatro (2024), por un valor total de **CINCO MILLONES SESENTA Y SIETE MIL PESOS ($5,067,000. oo) MCTE.**

Para constancia se firma en Castilla la Nueva - Meta, a los diez (10) dias del mes de abril del año dos mil veinticuatro (2024).

ORLANDO GOMEZ SUAREZ
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

Elaboro: Jorge Enrique Rodriguez / Profesional Especializado-Contratista
Aprobó: Orlando Gómez Suarez - Subgerente

EL ASESOR JURÍDICO DEL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E., ADSCRITO A LA SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES,

CERTIFICA:

Que, la señora **ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO**, quien se identifica con C.C. No. 1.006.863.092 de Castilla La Nueva - Meta, tuvo vínculo contractual con el **HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.**, tal como a continuación se relaciona:

No. DE CONTRATO:	**2024-153**
TIPO DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE FARMACIA EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.
VALOR DEL CONTRATO:	DOS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($1.813.000) M/CTE.
ADICIÓN:	N/A
VALOR TOTAL:	**DOS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($1.813.000) M/CTE.**
FECHA DEL CONTRATO:	VEINTINUEVE (29) DE ABRIL DE 2024
TERMINO:	UN (1) MES Y DOS (2) DIAS.
PRÓRROGA:	N/A
TERMINO FINAL DEL CONTRATO:	**UN (1) MES Y DOS (2) DIAS.**
FECHA DE TERMINACIÓN:	TREINTA Y UNO (31) DE MAYO DE 2024
ESTADO ACTUAL:	Terminado
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:	El CONTRATISTA será responsable y se obliga a: 1. EL CONTRATISTA prestará sus servicios para mantener funcional y operativo todos los equipos y sistemas electrónicos y físicos, que componen la red de informativa y comunicaciones, para lo cual el contratista adecuará y ajustará computadores (con sus componentes), impresoras, sistemas de cableado, equipos de almacenamiento, equipos de comunicaciones, etc., todo en cuanto tecnología y comunicación. 2. Brindar Soporte y Apoyo a cada uno de los usuarios de las dependencias del HOSPITAL que soliciten del servicio, dando solución a cada una de las necesidades o problemas en el momento y en caso de no tenerla, se estudiará y se procurará dar solución lo más pronto posible. 3. Realizar los Respaldos necesarios de cada una de los equipos de Cómputo en las diferentes dependencias, por si hubiere lugar a daño o robo de datos en los equipos, para evitar la pérdida de la información que allí se maneje. 4. Apoyar la Instalación y puesta en marcha del Sistema PROSOFT en equipos del Hospital de Castilla la Nueva E.S.E. y brindar Soporte con relación a los diferentes módulos a cada uno de los usuarios que lo requieran, de ser posible el soporte se contactará directamente a los Ingenieros de PROSOFT. 5. Administrar y supervisar la red interna LAN, cableado y conexiones. 6. Garantizar el mantenimiento del software y

	hardware de los equipos de cómputo de EL HOSPITAL. 7. Actualizar y Administrar las diferentes Hojas de Vida de los Equipos (Computadores, Impresoras, Monitores y Ups) Nuevos o Actuales, con los servicios prestados y modificaciones, con el fin de llevar un histórico del mantenimiento de cada uno de ellos. 8. Ejecutar visitas a requerimientos de la entidad para revisión en los diferentes mantenimientos de todo el sistema electrónico y de informática de EL HOSPITAL, estableciendo y diligenciando los respectivos documentos generadas para tal fin. 9. Garantizar la prestación del servicio con disponibilidad de 12 HORAS todos los días del año. Las horas hombres trabajadas y el desplazamiento del personal, no generará costo adicional. 10. Acatar las acciones y recomendaciones de la E.S.E., entorno a la mitigación de riesgos de acuerdo al mapa de riesgos institucional. 11. Informar a la entidad sobre todo equipo o instalación que requiera de cambio de elementos o componentes, para lo cual, expedirá concepto técnico de los insumos o equipos de cómputo, electrónico o conexos a adquirir (Necesidad y sondeo de mercado), apoyando la etapa del estudio previo de los procesos contractuales. 12. EL CONTRATISTA apoyará en los Estudios Previos Al SUPERVISOR de los contratos de adquisición de servicios y/o bienes que tengan relación con sistemas electrónicos, inteligencia artificial, SOFTWARE, HARDWARE, sistemas de comunicación, circuitos cerrados de video, o todo en cuanto tecnología adquiera la entidad. 13. Realizará y mantendrá el inventario físico funcional de equipamiento actualizado. 14. Mantenerse actualizado respecto al conocimiento de su actividad profesional, y asistir a las capacitaciones que brinde EL HOSPITAL. 15. EL CONTRATISTA dispondrá de toda su capacidad operativa para generar un índice de seguridad electrónica alto, para reducir los ciberataques. PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA creará un instructivo de seguridad cibernética, en el cual desarrollará e implementará una serie de acciones que eleven la seguridad cibernética de la información de la entidad, de igual forma, comunicará y preparará al personal de la entidad frente a nuevas modalidades que pongan en riesgo los sistemas de la entidad. 16. El CONTRATISTA presentará informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente contrato, realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del período contractual a informar 17. El CONTRATISTA servirá de soporte técnico e informático a los demás profesionales de la entidad, facilitando el cargue de datos y el manejo de aplicaciones comunes y especializadas. 18. CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EL DISEÑO Y/O IMPLEMENTACION DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTIÓN Y PLANES DE MEJORAMIENTO. 19. Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución.
No. DE CONTRATO:	**2024-231**
TIPO DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE FARMACIA EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.
VALOR DEL CONTRATO:	DOCE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($12.600.000) M/CTE.
ADICIÓN:	DOS MILLONES CIEN MIL PESOS ($2.100.000) M/CTE.
VALOR TOTAL:	CATORCE MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($14,700,000.00) M/CTE
FECHA DEL CONTRATO:	PRIMER (01) DIA DEL MES DE JUNIO DE 2024
TERMINO:	SEIS (6) MESES
PRÓRROGA:	UN (1) MES
TERMINO FINAL DEL CONTRATO:	SIETE (7) MESES

FECHA DE TERMINACIÓN:	TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2024
ESTADO ACTUAL:	Terminado
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:	El CONTRATISTA será responsable y se obliga a: 1. EL CONTRATISTA prestará sus servicios para mantener funcional y operativo todos los equipos y sistemas electrónicos y físicos, que componen la red de informativa y comunicaciones, para lo cual el contratista adecuará y ajustará computadores (con sus componentes), impresoras, sistemas de cableado, equipos de almacenamiento, equipos de comunicaciones, etc., todo en cuanto tecnología y comunicación. 2. Brindar Soporte y Apoyo a cada uno de los usuarios de las dependencias del HOSPITAL que soliciten del servicio, dando solución a cada una de las necesidades o problemas en el momento y en caso de no tenerla, se estudiará y se procurará dar solución lo más pronto posible. 3. Realizar los Respaldos necesarios de cada una de los equipos de Cómputo en las diferentes dependencias, por si hubiere lugar a daño o robo de datos en los equipos, para evitar la pérdida de la información que allí se maneje. 4. Apoyar la Instalación y puesta en marcha del Sistema PROSOFT en equipos del Hospital de Castilla la Nueva E.S.E. y brindar Soporte con relación a los diferentes módulos a cada uno de los usuarios que lo requieran, de ser posible el soporte se contactará directamente a los Ingenieros de PROSOFT. 5. Administrar y supervisar la red interna LAN, cableado y conexiones. 6. Garantizar el mantenimiento del software y hardware de los equipos de cómputo de EL HOSPITAL. 7. Actualizar y Administrar las diferentes Hojas de Vida de los Equipos (Computadores, Impresoras, Monitores y Ups) Nuevos o Actuales, con los servicios prestados y modificaciones, con el fin de llevar un histórico del mantenimiento de cada uno de ellos. 8. Ejecutar visitas a requerimientos de la entidad para revisión en los diferentes mantenimientos de todo el sistema electrónico y de informática de EL HOSPITAL, estableciendo y diligenciando los respectivos documentos generadas para tal fin. 9. Garantizar la prestación del servicio con disponibilidad de 12 HORAS todos los días del año. Las horas hombres trabajadas y el desplazamiento del personal, no generará costo adicional. 10. Acatar las acciones y recomendaciones de la E.S.E., entorno a la mitigación de riesgos de acuerdo al mapa de riesgos institucional. 11. Informar a la entidad sobre todo equipo o instalación que requiera de cambio de elementos o componentes, para lo cual, expedirá concepto técnico de los insumos o equipos de cómputo, electrónico o conexos a adquirir (Necesidad y sondeo de mercado), apoyando la etapa del estudio previo de los procesos contractuales. 12. EL CONTRATISTA apoyará en los Estudios Previos Al SUPERVISOR de los contratos de adquisición de servicios y/o bienes que tengan relación con sistemas electrónicos, inteligencia artificial, SOFTWARE, HARDWARE, sistemas de comunicación, circuitos cerrados de video, o todo en cuanto tecnología adquiera la entidad. 13. Realizará y mantendrá el inventario físico funcional de equipamiento actualizado. 14. Mantenerse actualizado respecto al conocimiento de su actividad profesional, y asistir a las capacitaciones que brinde EL HOSPITAL. 15. EL CONTRATISTA dispondrá de toda su capacidad operativa para generar un índice de seguridad electrónica alto, para reducir los ciberataques. PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA creará un instructivo de seguridad cibernética, en el cual desarrollará e implementará una serie de acciones que eleven la seguridad cibernética de la información de la entidad, de igual forma, comunicará y preparará al personal de la entidad frente a nuevas modalidades que pongan en riesgo los sistemas de la entidad. 16. El CONTRATISTA presentará informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente contrato, realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del período contractual a informar 17. El CONTRATISTA servirá de soporte técnico e informático a los demás profesionales de la entidad, facilitando el cargue de datos y el manejo de aplicaciones comunes y especializadas. 18. CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA

	EL DISEÑO Y/O IMPLEMENTACION DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTIÓN Y PLANES DE MEJORAMIENTO. 19. Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución.

Se expide la presente a solicitud de la interesada en Castilla La Nueva (Meta), a los dieciséis (16) días del mes de enero del año dos mil veinticinco (2025).

CRISTIAN CAMILO TORRES GARCIA
ASESOR JURÍDICO - CONTRATACIÓN

No. 25-01-16-012

Elaboró: Karol Tatiana Arciniegas Mendoza - Técnico Administrativo.
Revisó: Lysa Tatiana Ramírez Daza – Profesional Contratación.
Aprobó: Cristian Camilo Torres García – Asesor Jurídico.

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Alejandra Sepúlveda Bejarano

CC 1006863092 de Castilla La Nueva - Meta

Realizó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-06-18
Fecha de vencimiento: 2027-06-18

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Alejandra Sepúlveda Bejarano

CC 1006863092 de Castilla La Nueva - Meta

Realizó y aprobó el Curso de Atención Centrada en el Usuario de los Servicios de Salud con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2024-12-20
Fecha de vencimiento: 2026-12-20

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2025-06-24--5:04:14 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1006863092	ALEJANDRA		SEPULVEDA	BEJARANO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO identificado(a) con CC 1006863092 registra La siguiente información:

2025-06-24--5:04:14 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS	2019-12-02	22863	GOBERNACION DEL META
AUX	Local	TECNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERIA	2019-08-21	22590	GOBERNACION DEL META

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Unico Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educa

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Alejandra Sepúlveda Bejarano

CC 1006863092 de Castilla La Nueva - Meta

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-06-08
Fecha de vencimiento: 2027-06-08

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanz

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Alejandra Sepúlveda Bejarano

CC 1006863092 de Castilla La Nueva - Meta

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-06-10
Fecha de vencimiento: 2027-06-10

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Alejandra Sepúlveda Bejarano

CC 1006863092 de Castilla La Nueva - Meta

Realizó y aprobó el Curso Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas de Conflicto Armado - Resolución 1166 de 2018
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-06-12
Fecha de vencimiento: 2027-06-12

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Alejandra Sepúlveda Bejarano

CC 1006863092 de Castilla La Nueva - Meta

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-06-14
Fecha de vencimiento: 2027-06-14

FUNDACIONNUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

66a8754c-d04c-4fca-be70-e83aac1f5a7d

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Alejandra Sepúlveda Bejarano

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 80,00 %

30 de julio de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
Florida International University

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=66a8754c-d04c-4fca-be70-e83aac1f5a7d

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Alejandra Sepúlveda Bejarano

CC 1006863092 de Castilla La Nueva - Meta

Realizó y aprobó el Curso Primeros Auxilios
con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-06-20
Fecha de vencimiento: 2027-06-20

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Alejandra Sepúlveda Bejarano

CC 1006863092 de Castilla La Nueva - Meta

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3280 / 2018 y Resolución 2632 / 2024
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-06-16
Fecha de vencimiento: 2027-06-16

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Cruz Roja Colombiana

HACE CONSTAR QUE

Alejandra Sepulveda Bejarano

N° de identificación: 1006863092

Realizo y completo los requisitos para el curso virtual en:

FORMACIÓN VIRTUAL EN MISIÓN MEDICA

Con una intensidad horaria de 40 Horas

Esta constancia fue generada en Bogotá D.C. Colombia

Insignia: 67fd6d23-7b92-428e-9fea-81401b5152ca

miércoles 14 de mayo de 2025

VICTORIA EUGENIA LEMA LONDOÑO

Líder Educación Nacional

Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana

Esta constancia no constituye título de idoniedad para el ejercicio de las profesiones de salud.

CONSTANCIA PARA CONTRATAR PERSONAL DE LA SALUD

EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.,

CONSIDERANDO:

Que, el Decreto 1082 de 2015 reglamentario del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, en su artículo 2.2.1.2.1.4.9, faculta contratar con una sola oferta bajo la modalidad de **CONTRATACIÓN DIRECTA**. En este mismo sentido, el Estatuto Interno de Contratación de la entidad, en sus artículos 18 y 19 señala las razones para contratar mínimo con una sola propuesta.

Que, las normas citadas con anterioridad, exhortan a la entidad para verificar **LA IDONEIDAD Y LA EXPERIENCIA REQUERIDA Y RELACIONADA**, acorde con los requisitos exigidos en el Estudio Previo, el perfil profesional y la función a desarrollar en el área de ocupación.

HACE CONSTAR:

Que, revisada la **HOJA DE VIDA** dada por Alejandra Sepulveda., con CC No. 1006863092. de Castilla la Nueva - Meta se acredita la idoneidad y la experiencia requerida y relacionada, según el Estudio Previo, el perfil profesional y la función a desarrollar en el área de ocupación, para poder cumplir con el proceso No 2025-209.

Verificado por:

YULY VIVIANA MORA GARCIA
Técnico Administrativo del SG-SST
Verificó Sistema de Seguridad Social y Ocupacional

KAREN DAYANNA CALVO AGUIRRE
Profesional – Talento Humano Subg. A.F.
Verificó Idoneidad por Perfil Profesional SIGEP II

YURY ERLLY AGUDELO BALLEN
Profesional de Planeación, Calidad y Desarrollo
Verificó Idoneidad por Perfil Área Asistencial

LYSA TATIANA RAMIREZ DAZA
Profesional Asesor de Contratación
Verificó Experiencia Requerida y Relacionada