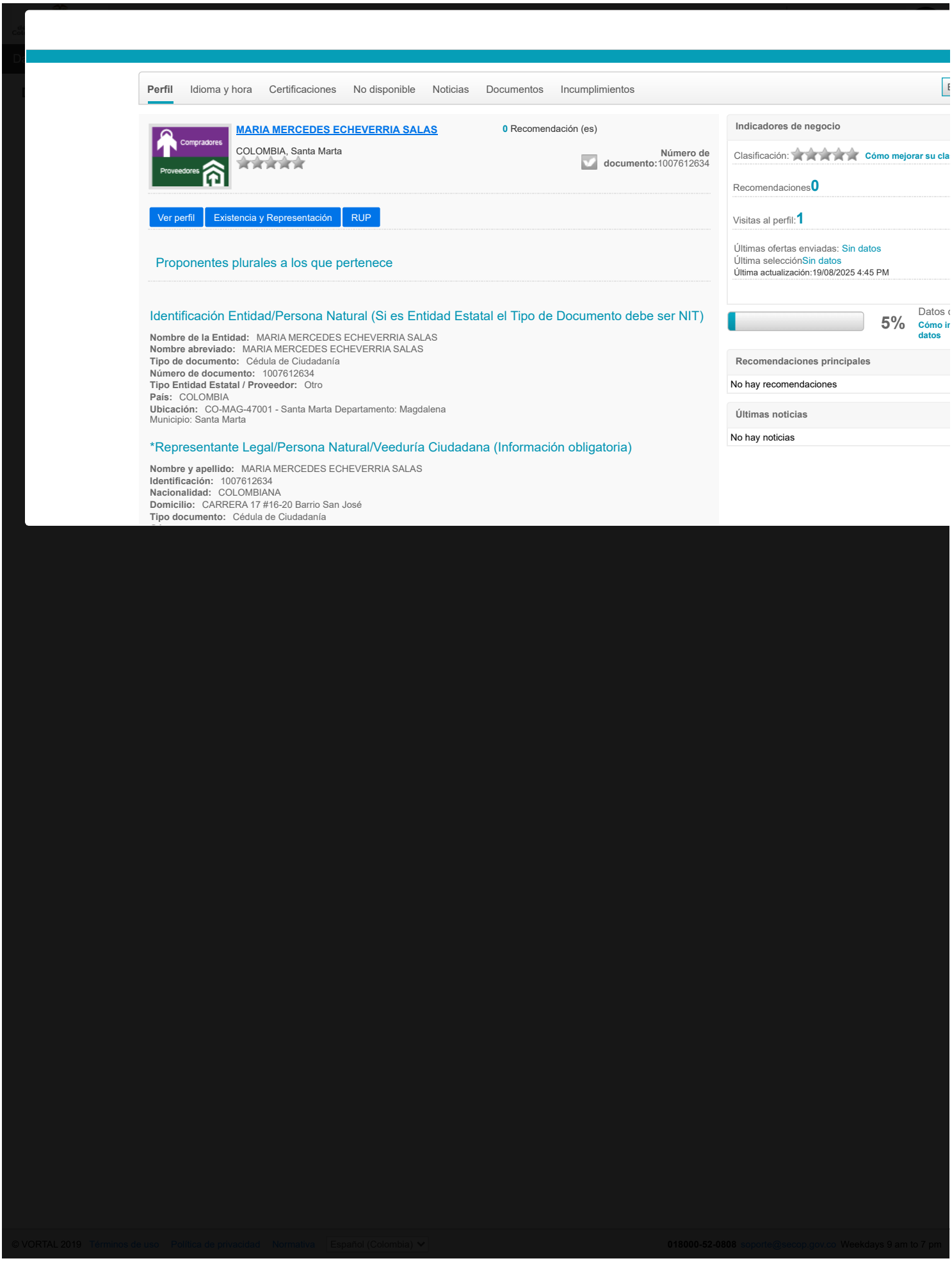

Perfil
Idioma y hora
Certificaciones
No disponible
Noticias
Documentos
Incumplimientos
Compradores
Proveedores
MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS
0 Recomendación (es)
COLOMBIA, Santa Marta
Número de documento:1007612634
Ver perfil
Existencia y Representación
RUP
Proponentes plurales a los que pertenece
Identificación Entidad/Persona Natural (Si es Entidad Estatal el Tipo de Documento debe ser NIT)
Nombre de la Entidad: MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS
Nombre abreviado: MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS
Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía
Número de documento: 1007612634
Tipo Entidad Estatal / Proveedor: Otro
País: COLOMBIA
Ubicación: CO-MAG-47001 - Santa Marta Departamento: Magdalena Municipio: Santa Marta
*Representante Legal/Persona Natural/Veeduría Ciudadana (Información obligatoria)
Nombre y apellido: MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS
Identificación: 1007612634
Nacionalidad: COLOMBIANA
Domicilio: CARRERA 17 #16-20 Barrio San José
Tipo documento: Cédula de Ciudadanía
Indicadores de negocio
Clasificación:
Cómo mejorar su cla
Recomendaciones0
Visitas al perfil:1
Últimas ofertas enviadas: Sin datos
Última selecciónSin datos
Última actualización:19/08/2025 4:45 PM
5%
Datos
Cómo ir
datos
Recomendaciones principales
No hay recomendaciones
Últimas noticias
No hay noticias
© VORTAL 2019
Términos de uso
Política de privacidad
Normativa
Español (Colombia)
018000-52-0808
soporte@secop.gov.co
Weekdays 9 am to 7 pm

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Carga	MÉDICO GENERAL
Título	Doctor(a)
Nombre	MARÍA MERCEDES
Apellidos	ECHEVERRÍA SALAS
Fecha de nacimiento	24/08/2000 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
	Usted pertenece a un grupo joven
Nivel educativo	Universitaria completa (con título)
Género	Mujer
¿Tiene alguna discapacidad?	Si No
Nombre y apellido	MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS
Tipo de documento	Cédula de ciudadanía
Número de documento	1007612634
Dirección	Carrera 17 16-20 casa 2 San José
Código postal	470004
Estrato	4
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	emeyeme2000@gmail.com
Teléfono	(605) 4202173
Celular	3013207838

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Español (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es tu apodo?
Respuesta	meche
SMS para recuperar la contraseña	3013207838

Editar

Santa Marta, agosto 2025

Señores
E.S.E. ALEJANDRO PROSPERO REVEREND
Nit.: 819004070-5
Ciudad.

ASUNTO: Oferta de Servicios.

MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS, identificado(a) con documento número 1007612634 expedida en Barranquilla (Atlántico), presento mi propuesta y disposición como Medico, prestar servicios como Medico General, para apoyar a los médicos en los servicios de salud de las diferentes UPSS de la ESE Alprorev".

Por lo anterior me comprometo a cumplir a cabalidad las obligaciones específicas derivadas de la oferta y/o aquellas contenidas en los estudios de conveniencia y/o oportunidad de la contratación.

PLAZO: Me sujeto al plazo del contrato que establezca la entidad, de acuerdo a la necesidad del servicio.

VALOR Y FORMA DE PAGO: Los servicios ofrecidos serán por la suma mensual que estime la entidad, de acuerdo a su disponibilidad presupuestal.

PERFIL: Adjunto al presente, me permito hacer llegar copia de mi hoja de vida con sus respectivos soportes legales, necesarios para la contratación.

De antemano agradezco su atención prestada.

Cordialmente,



MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS
cc 1007612634 de barranquilla - Atlántico
Cel. 3013207838

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*
ECHEVERRIA	SALAS	MARIA MERCEDES

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1007612634 — *SEXO*: F (X) M ( ) — *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: ____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 24 MES 08 AÑO 2000

PAÍS: COLOMBIA

MUNICIPIO: MAGDALENA

SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Carrera 17 16-20 Brr San José

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3013207838 EMAIL emeyeme2000@gmailcom

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										
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11
										X

TÍTULO OBTENIDO: Bachiller académico con profundización en pedagogía

FECHA DE GRADO Diciembre 2 de 2016

MES 12 AÑO 2016

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	10	X		MEDICA	12	2024	SI

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL HERNANDO QUINTERO BLANCO E.S.E.	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
CESAR	EL PASO	talentohumano@esehhqb-elpaso-cesar.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3152968863	DÍA 01 MES 04 AÑO 2025	DIA 30 MES 06 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO	URGENCIAS	CARRERA 6 No. 3-60

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL HERNANDO QUINTERO BLANCO E.S.E.	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
CESAR	EL PASO	talentohumano@esehhqb-elpaso-cesar.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3152968863	DÍA 02 MES 01 AÑO 2025	DÍA 31 MES 03 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO	URGENCIAS	CARRERA 6 No. 3-60

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Independiente(Contratista)		6 meses
Total		6 meses

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento: Santa Marta, septiembre de 2025

María Mercedes Echeverría S.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

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	2025-08-19 14:38

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARIA	MERCEDES	ECHEVERRIA	SALAS

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1007612634

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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	ALEJANDRO PROSPERO REVERAND

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	["Av Libertador N° 25-67"]

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	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$0,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
COMPRAS	$600.000,00

1.2. 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 [ ] No [X]

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [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:

¿Cómo puedo consultar las declaraciones?

- Para consultar las declaraciones de una persona específica (declarante)
- Para consultar las declaraciones por periodo

¿Qué información encontraré en los resultados?

En los resultados de su búsqueda encontrará la siguiente información: **Declarante**: nombre o razón social y número de documento de identidad de quien declara; **Entidad**: sobre la cual el declarante registra sus posibles conflictos de intereses; **Cargo/Contratista**: cargo del declarante en la entidad señalada, o si es contratista en ella; **Tipo de publicación**: si la declaración es de Ingreso, Retiro, Periódica u Otra (Ley 2013 de 2019); **Declaración No.**: número y versión de la declaración, y versión que corrige/modifica; **Fecha de publicación**: fecha en la cual el declarante publicó la declaración y **Estado declaración**: Finalizado o En revisión.

El estado Finalizado indica que el sujeto obligado seleccionó su Entidad y Cargo de las listas disponibles en el sistema; En revisión indica que la Entidad o el Cargo fueron diligenciados por el sujeto obligado y el Departamento Administrativo de la Función Pública verificará la información consignada para precisar su validez legal antes de marcar el registro con estado Finalizado.

Realice una consulta

Tipo de persona	NATURAL
Primer nombre	MARIA
Segundo nombre	MERCEDES
Primer apellido	ECHEVERRIA
Segundo apellido	SALAS
Número de documento de identidad	1007612634
Nombre entidad	
Fecha de publicación	dd/mm/yyyy hasta dd/mm/yyyy

Buscar | Limpiar búsqueda | Ir a Módulo de reporte de información

RECUERDE QUE: En virtud del principio de buena fe, se presume que la información consignada por los sujetos obligados por la Ley 2013 de 2019 es verídica y, por ende, es de uso legal hasta tanto se desvirtúe con los mecanismos consagrados por el ordenamiento jurídico vigente.

Si tiene alguna duda o presenta algún inconveniente, escríbanos a: **soporteaplicativointegridad@funcionpublica.gov.co** indicando su requerimiento, nombre, tipo y número de documento y teléfono de contacto.

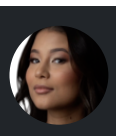
Resultados de la búsqueda

Declarante	Descargar	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Declaración No.	Fecha de publicación	Estado declaración
MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS CEDULA DE CIUDADANIA - 1007612634	**Declaración Ley 2013 de 2019**	ALEJANDRO PROSPERO REVERAND	CONTRATISTA	PERIÓDICO	**2883280-01** Declaración inicial	2025-08-19 14:38	FINALIZADO
MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS CEDULA DE	**Declaración Ley 2013 de 2019**	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	CONTRATISTA	INGRESO	**2533576-02** Corrección de 2533576-01	2025-06-26 16:56	FINALIZADO

Privacidad - Términos

Asocia2 ::: Gestión de Terceros





Bienvenida MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS

- Salir

audio-control works!

Inicio > Perfil > Usuarios > Afiliados > Traslado > Salir

Satisfactorio

Descargas

Autorización Tratamiento de Datos Personales | Compromiso de confidencialidad | Formulario SARLAFT | Lista de Exámenes Médicos

Perfil - Formulario Precontractual

Inicio > Asocia2 > Perfil

Foto de Perfil

Foto tipo carné, para acreditar la identidad



Seleccionar archivo | Ningún archivo seleccionado

Actualizar imagen

Cambiar contraseña

Datos Personales

Actualización

Fecha Última Actualización

2025-08-19T02:45:43.000Z

Nombre de usuario

MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS

Correo electrónico

emeyeme2000@gmail.com

Tipo de Documento

Cédula de Ciudadanía

Cédula

1007612634

Lugar de Expedición del Documento

BARRANQUILLA

Fecha de Expedición

11/9/2018

Sexo

Femenino

Identidad de Género

Estado Civil

Heterosexual

Soltero(a)

Nacionalidad: Colombiano

Si selecciona "Otro"...

Fecha de Nacimiento

24/8/2000

Lugar de nacimiento

SANTA MARTA

Dirección de Residencia

CARRERA 17 16-20 BARRIO SAN JOSE

Municipio

SANTA MARTA

Departamento

MAGDALENA

¿Tiene hijos? No

Personas a cargo

Número de hijos:

0

0

Celular

3013207838

Contacto de Emergencia

MARLIN SOFIA SALAS PEREZ

Celular Contacto de Emergencia

3016958765

Tipo de Vivienda

Familiar

Estrato

3

Zona de residencia

Urbana

¿Tiene discapacidad? NO

¿Cuál(es)?...

¿Pertenece a un grupo étnico? No

¿Es usted víctima del conflicto?

NO

¿Es usted víctima de desplazamiento?

NO

Idioma Nativo: Español

Informacion Profesional y Laboral

Actualización

Tipo de Ocupación

Independiente

Nivel de Escolaridad

Universitario

Título obtenido

MEDICO GENERAL

Fecha del Título

17/12/2024

¿Primer Empleo?

- ○ Sí
- ● No

Contrato Vigente o Inmediatamente Anterior

Actualización

Nombre de la Empresa

E.S.E. HOSPITAL HERNANDO QUINTERO BLANCO

Tipo de Entidad

Pública

Ubicación de la entidad: PAIS-DEPARTAMENTO-CIUDAD

COLOMBIA-CESAR-EL PASO

Email de la Entidad

juridica@esehhqb-elpaso-cesar.gov.co

Actividad Contractual

CONTRATISTA

Tipo de afiliación: Régimen contributivo

EPS: EPS SANITAS

¿Está inscrito en el SISBÉN?

No

Actualizar Datos



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.612.634

ECHEVERRIA SALAS

APELLIDOS

MARIA MERCEDES

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-AGO-2000

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

11-SEP-2018 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-0300150-01092706-F-1007612634-20190812 0067302572A 1 9909273720

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141206880626

(415)7707212489984(8020) **000014120688062 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 0 7 6 1 2 6 3 4	2	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	1 9	

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 7 6 1 2 6 3 4	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ECHEVERRIA	SALAS	MARIA	MERCEDES

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal
CR 17 16 20 CA 2 BRR SAN JOSE

42. Correo electrónico emeyeme2000@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		**Actividad secundaria**		**Otras actividades**			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 2 5 0 1 2 1	7 4 9 0	2 0 2 5 0 1 2 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
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la 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 ECHEVERRIA SALAS MARIA MERCEDES

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, y demás normativas vigentes en Colombia en materia de protección de datos personales, la E.S.E. Alejandro Prospero Reverend, con NIT 819.004.070, actuando como responsable del Tratamiento de Datos Personales, solicita a sus empleados, contratistas y demás vinculados, la autorización expresa para la recolección y tratamiento de sus datos personales.

Al aceptar esta autorización, usted consiente de manera libre, previa, expresa, voluntaria e inequívoca, que la E.S.E Alejandro Prospero Reverend recoja, almacene, procese, transmita y transfiera sus datos personales, los cuales se utilizarán para fines relacionados con la gestión de talento humano, contratación, cumplimiento de obligaciones contractuales y laborales, desarrollo de políticas internas, y demás propósitos necesarios para el desarrollo de la misión de la entidad.

Finalidades del Tratamiento de Datos Personales: La E.S.E Alejandro Prospero Reverend tratará sus datos personales para gestionar el vínculo laboral o contractual, lo que incluye procesos administrativos como nómina, prestaciones sociales, seguridad social, consultar sus datos en en las siguientes bases de datos: Constancia de Consulta de Antecedentes Penales – Policía Nacional, Constancia de Consulta de antecedentes del Registro Nacional de Medidas Correctivas - Policía Nacional, Certificado de Antecedentes Disciplinarios – Procuraduría General de la Nación, Certificado de Antecedentes Fiscales - Contraloría General de la República, Certificado de Inhabilidades de Delitos Sexuales - Policía Nacional y RETHUS- Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (solo personal de salud) y, facilitar la comunicación con usted. Además, los datos se usarán para cumplir con las políticas internas de la empresa, normas laborales, seguridad de la información, y administrar el acceso a sistemas, activos, así como el control de asistencia y desempeño.

Derechos del Titular: Como titular de los datos personales, usted tiene derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar prueba de la autorización para el tratamiento de sus datos. Puede ser informado del uso de sus datos, revocar la autorización o solicitar la supresión de los mismos, siempre que no exista un deber legal o contractual que lo impida. Para ejercer estos derechos, puede dirigirse a la E.S.E Alejandro Prospero Reverend a través de los siguientes canales:

- Sede Administrativa, Av. Libertador # 25 - 67, Santa Marta D.T.C.H., Magdalena
- Correo electrónico: tratamientodatospersonales@esealprorev.gov.co
- Teléfono: +57 333 033 4416
- Página web: http://www.esealejandroprosperoreverend-santamarta-magdalena.gov.co/

Aceptación y Firma: Leído lo anterior, al firmar este documento, usted autoriza de manera libre, expresa e inequívoca a la E.S.E Alejandro Prospero Reverend para el tratamiento de sus datos personales conforme a lo establecido.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, agosto de 2025

FIRMA DEL EMPLEADO/CONTRATISTA:	María Mercedes Echeverría S.
NOMBRE EMPLEADO/CONTRATISTA	MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS
N°. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO/CONTRATISTA	C.C. 1007612634

Vigilado Supersalud

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Entre la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, con NIT 819.004.070, y **MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS**, identificado(a) con **C.C. 1007612634**, en adelante denominado "colaborador", se suscribe el presente **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN** respecto a toda la información a la que tenga acceso durante su relación laboral o contractual con la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

Naturaleza de Acuerdo
Este es un acuerdo de confidencialidad **unilateral**, en el cual la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** será la única parte que revelará información confidencial al colaborador. Por lo tanto, El colaborador se compromete a mantener la confidencialidad de toda la información a la que tenga acceso, sin tener derecho a compartirla ni utilizarla para fines distintos a los autorizados.

Objeto del Acuerdo
El presente acuerdo tiene como objetivo proteger la información de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, a la que el colaborador tenga acceso durante el ejercicio de sus funciones y/o actividades. Esta información incluye, pero no se limita a, datos técnicos, operativos, administrativos y cualquier otra información relacionada con la misión de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** en la prestación de servicios de salud, manejo de casos clínicos, datos sobre pacientes, procedimientos internos, estrategias de negocio, listas de usuarios o proveedores, y cualquier otra información según las políticas internas de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

Este acuerdo también se ajusta a las disposiciones generales del Código Civil, Libro IV, sobre las obligaciones y contratos, así como a los artículos 194 y 308 del Código Penal, en relación con la divulgación de documentos reservados y violación de la reserva industrial o comercial.

Obligaciones del colaborador
El colaborador se compromete a:

- Cumplir con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y la Ley 1712 de 2014, así como con el capítulo 25 del Decreto 1074 de 2015. Además, aplicar los procedimientos y lineamientos contemplados en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la Política de Seguridad y Privacidad de la Información, los cuales están disponibles en la página web oficial de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**: http://www.esealejandroprosperoreverend-santamarta-magdalena.gov.co.
- No divulgar, compartir o utilizar la información confidencial para fines distintos a los autorizados expresamente por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.
- Proteger la información a través de las medidas de seguridad proporcionadas por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, así como aquellas requeridas por la naturaleza de la información.
- No realizar copias, reproducciones o almacenamientos no autorizados de la información.
- Devolver cualquier información confidencial que esté bajo su custodia al término de la relación laboral o contractual, sin conservar copias en ningún formato.
- Reportar de inmediato cualquier incidente o brecha de seguridad que pueda comprometer la información confidencial de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

Uso de la Información

El colaborador sólo podrá utilizar la información confidencial para los fines expresamente autorizados por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, en el marco de sus actividades laborales o contractuales.

Duración del Compromiso
Este compromiso se mantendrá vigente durante todo el periodo en que el colaborador preste sus servicios a la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** y continuará de forma indefinida después de la terminación de la relación laboral o contractual, independientemente de las causas de dicha terminación.

Consecuencias del Incumplimiento
El incumplimiento de las obligaciones establecidas en este acuerdo dará lugar a sanciones disciplinarias que pueden incluir la terminación del contrato, además de posibles acciones civiles, administrativas y penales, según la normativa vigente.

Excepciones
Este acuerdo no será aplicable a la información que sea requerida por una autoridad judicial o administrativa, siempre y cuando El colaborador notifique previamente a la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** sobre dicha obligación de divulgación.

Firma y Aceptación
El colaborador firma este documento en señal de haber leído, comprendido y aceptado todas las obligaciones aquí descritas.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, agosto de 2025

FIRMA DEL COLABORADOR:	María Mercedes Echeverría S.
NOMBRE COLABORADOR	MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS
N°. IDENTIFICACIÓN DEL COLABORADOR	C.C. 1007612634

Vigilado Supersalud

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 1007612634 **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 19/08/2025 02:56 PM

Código Verificación: **WDJU4PMXT5**

Válida hasta: **17/11/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

La Institución Educativa Distrital
Escuela Normal Superior "María Auxiliadora"

Establecimiento aprobado por Resolución No. 0013 de 26 de enero de 2006, emanada de la Secretaría de Educación Distrital, para los niveles de enseñanza: Preescolar, Básica (Primaria y Secundaria) y Media (Bachillerato Académico con Profundización en Pedagogía) y para el Programa de Formación Complementaria con Acreditación de Calidad y Desarrollo, según Resolución 451 del 5 de marzo de 2003 y confirmada según Resolución No. 7769 del 6 de septiembre de 2010, emanada del Ministerio de Educación Nacional,

C O N F I E R E A

María Mercedes Echeverría Salas

Identificada con la T.I. N° 1.007.612.634 de Santa Marta

E L T I T U L O D E

Bachiller Académico con Profundización en Pedagogía

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes

RECTORA — **SECRETARIA**

Inscrito para efectos legales en el Libro de Registros N° 1
Folio 128 N° 086-25

Acta General de Graduación N° 62

Santa Marta, 2 de Diciembre de 2016

REG DANE: 147001000315
CÓDIGO ICFES: 01041-3

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO Nº 25

En la ciudad de Santa Marta el dos (2) de diciembre del año 2016, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de las estudiantes de último año, la Rectora y la Secretaria de la Institución Educativa Distrital Escuela Normal Superior "MARÍA AUXILIADORA", Establecimiento aprobado por Resolución No. 0013 de 26 de enero de 2006, emanada de la Secretaría de Educación Distrital, para los niveles de enseñanza: Preescolar, Básica (Primaria y Secundaria) y Media (Bachillerato Académico con Profundización en Pedagogía), y para el Programa de Formación Complementaria, con acreditación de Calidad y Desarrollo según Resolución 451 del 5 de marzo de 2003 y confirmada según Resolución No. 7769 del 6 de septiembre de 2010, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Comprobada la situación legal y académica de cada una de las estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el Título de **BACHILLER ACADÉMICO CON PROFUNDIZACIÓN EN PEDAGOGÍA,** a la graduada cuyos nombres, apellidos y número de identidad, se relacionan a continuación:

ECHEVERRÍA SALAS MARÍA MERCEDES
T.I. Nº 1.007.612.634 de Santa Marta

Esta Acta consta de 112 estudiantes graduandas, comienza con el nombre de AARON ROJANO ANA CECILIA y termina con el nombre de ZÚÑIGA GARCÍA LAURA CECILIA.

En constancia se firma la presente por quienes en ella intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7º del Decreto 180 de 1981 Firmada y Sellada por HERMANA MÓNICA PATRICIA TAUSA RAMÍREZ, RECTORA y por NAYBIS MILENA MONTERO DE LA CRUZ, SECRETARIA.

Santa Marta, dos de diciembre de 2016

HNA. MÓNICA PATRICIA TAUSA RAMÍREZ
C.C. 57.435.570 Santa Marta, Magdalena
RECTORA

Escuela Normal Superior María Auxiliadora RECTORIA Santa Marta

NAYBIS MILENA MONTERO DE LA CRUZ
C.C. 1.082.916.016 de Santa Marta, Magdalena
SECRETARIA

Escuela Normal Superior María Auxiliadora SECRETARIA Santa Marta

República de Colombia

Universidad Simón Bolívar

Resolución No. 5424 del 23 de noviembre de 2005 del Ministerio de Educación Nacional

Personería Jurídica Resolución No. 1318 de noviembre 15 de 1972

Acreditación Institucional. Resolución No. 015867 del 25 de agosto de 2021 del Ministerio de Educación Nacional

Confiere el título de

Médica

Programa Acreditado de Alta Calidad por el Ministerio de Educación Nacional

Resolucion 010686 de julio 05 de 2023

A MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS

Documento de identificacion CC. No. 1.007.612.634

y en testimonio se expide el presente Diploma en Barranquilla, a los 17 días del mes de Diciembre de 2024 y lo refrenda con las firmas de rigor.

Rector

Secretaria General

Decano(a)

Registrado en el Folio No. 93 del Libro de Diplomas de la Secretaría General de la Universidad

55809

Nº 17308

ACTA DE GRADO AG-139-131

En Barranquilla, Departamento del Atlántico, República de Colombia, a los diecisiete ***(17)*** *días del mes de diciembre del año 2024, se efectuó la ceremonia de graduación de:*

ECHEVERRIA SALAS MARIA MERCEDES
Documento de identificación N° ***1007612634***

Quien ha cumplido los requisitos legales y académicos establecidos para recibir el título.

La ceremonia de grado fue presidida por el Sr. Rector, doctor José Consuegra Bolívar, en asocio del Decano de la Facultad y actuó como Secretaria General la Ingeniera Rosario García González.

Habiéndose tomado el juramento de rigor por parte del Sr. Rector, se le hizo entrega del diploma correspondiente identificado con el número ***55809,*** *que le acredita como:*

MEDICA

Para constancia se extiende y firma la presente acta.

Firmado: Doctor José Consuegra Bolívar, Rector; José Rafael Consuegra Machado, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud; y Rosario García González, Secretaria General.

Es fiel copia tomada del acta original de la ceremonia de grados AG-139, en lo pertinente. Registrado en el folio No.08, del libro de diplomas No.87, de la Secretaría General de la Universidad.

Dado en la Universidad Simón Bolívar, a los diecisiete (17) días del mes de diciembre de 2024.

ROSARIO GARCÍA GONZÁLEZ
Secretaria General

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
SECRETARIA GENERAL

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C100761263400263168
Codigo de verificacion

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS**, identificado(a) con C.C. No. 1007612634 y T.P. o R.M. No. 1007612634 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

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

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el martes 19 agosto 2025 a solicitud del(a) interesado(a).

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL





QR DIGITAL



COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1007612634

Primer Nombre

maria

Primer Apellido

echeverria

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

9645

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2025-08-19→3:32:55 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificació
CC	1007612634	MARIA	MERCEDES	ECHEVERRIA	SALAS	Vigente

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) MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS identificado(a) con CC 1007612634 registra La siguiente información:

2025-08-19→3:32:55 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2025-02-09	135649	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entid Report
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Medicina	COLE MEDI COLOME

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

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

María Mercedes Echeverría Salas

CC 1007612634 de Barranquilla - Atlántico

Realizó y aprobó el curso abordaje integral a víctimas de violencia sexual (AIVVS) - CODIGO GRIS con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-02-28
Fecha de vencimiento: 2027-02-28

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

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. 901366232-1

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

María Mercedes Echeverría Salas

CC 1007612634 de Barranquilla - Atlántico

Realizó y aprobó el Curso en Estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia) con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-02-28
Fecha de vencimiento: 2027-02-28

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

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. 901366232-1

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

María Mercedes Echeverría Salas

CC 1007612634 de Barranquilla - Atlántico

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI Clínico
con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-02-28
Fecha de vencimiento: 2027-02-28

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

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. 901366232-1

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

María Mercedes Echeverría Salas

CC 1007612634 de Barranquilla - Atlántico

Realizó y aprobó el Curso en Capacitación resolución 3280 agosto de 2018/Promoción Y Prevención con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-02-28
Fecha de vencimiento: 2027-02-28

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

LA SUSCRITA GERENTE DE LA E.S.E
HOSPITAL HERNANDO QUINTERO BLANCO E.S.E

CERTIFICA CONTRACTUALMENTE

Que: **MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS,** identificada con la cédula de Ciudadanía No. 1.007.612.634, ha suscrito los siguientes Contratos de Prestación de Servicios profesionales:

1. ***CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PARA APOYO A LOS MÉDICOS DE URGENCIAS PARA LA ESE HOSPITAL HERNANDO QUINTERO BLANCO Y SUS DEMÁS CENTROS ADSCRITOS DE EL PASO - CESAR*** suscrito el 02 de enero de 2025, por un valor de catorce millones cien mil pesos ($14.100.000) M/CTE, con un plazo ejecución de tres meses contados a partir del acta de inicio de actividades, comprendidos del 02 de enero al 31 de marzo de 2025.

2. ***CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE UN MÉDICOS PARA EL AREA DE URGENCIAS PARA LA ESE HOSPITAL HERNANDO QUINTERO BLANCO Y SUS DEMÁS CENTROS ADSCRITOS DE EL PASO - CESAR*** suscrito el 01 de abril de 2025, por un valor de dieciséis millones quinientos mil pesos ($16.500.000) M/CTE, con un plazo ejecución de tres meses contados a partir del acta de inicio de actividades, comprendidos del 01 de abril al 30 de junio de 2025.

La presente se expide a solicitud de la interesada, en el municipio de El Paso – Cesar, a los tres (03) días del mes de julio de 2025.

MÓNICA ÁNGEL OSPINO
GERENTE.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Maria Mercedes Echeverria Salas, identificado(a) con CC número 1007612634, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1007612634
NOMBRES Y APELLIDOS	Maria Mercedes Echeverria Salas
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	24/08/2000
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	16/09/2016
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	225 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	56 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	23/02/2025
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1007612634 MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS Desde 01/05/2025 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 1007612634 MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS Desde 23/02/2025 Hasta 30/04/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1007612634,** se encuentra afiliado/a desde **26/02/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 19 de agosto de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO SARLAFT - PERSONA NATURAL

Código: F-E-PLA-003 Versión: 003 | 11/ene/2025 Fecha de creación: 06/feb/2023

DATOS PERSONA NATURAL

Tipo de documento	Cedula ciudadania	Número de documento	1007612634	Lugar de expedición	BARRANQUILLA		
Primer apellido	ECHEVERRIA	Segundo apellido	SALAS	Nombres	MARIA MERCEDES		
Nacionalidad	COLOMBIANA	Dirección de domicilio	CARRERA 17 # 16-20 BARRIO SAN JOSE				
Departamento	MAGDALENA	Ciudad | Municipio	SANTA MARTA	Correo electrónico	emeyeme2000@gmail.com		
Número de contacto	3013207838	Lugar de nacimiento	SANTA MARTA	Fecha de nacimiento	24-08-2000	Estado civil	SOLTERA
Actividad principal que desempeña actualmente	MEDICO GENERAL					Código actividad en RUT (4 dígitos)	8699

REFERENCIAS (PERSONALES, LABORALES)

Apellidos y nombres	MARLIN SALAS PEREZ	Dirección	CARRERA 17 #16-20	Teléfono	3016958765
Apellidos y nombres	AUDY ECHEVERRIA C.	Dirección	CARRERA 17 #16-20	Teléfono	3157270110

PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (PEP)[1]

¿Maneja recursos públicos?	Si [ ]	No [X]	¿Tiene reconocimiento público?	Si [ ]	No [X]	¿Ejerce algún grado de poder público?	Si [ ] No [X]
¿Es familiar o asociado de una persona públicamente expuesta?	Si [ ]	No [X]	¿Cuál?				

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingreso mensual	4.700.000	Otros ingresos mensuales	-0-	Total ingreso mensuales	4.700.000	Total egresos mensuales	600.000
Total activos	0	Total pasivos	0	Información financiera a corte	agosto 2025		
Indique el concepto de otros ingresos							

INFORMACIÓN BANCARIA

Entidad bancaria	BBVA	Número de cuenta	805008704	Tipo de cuenta	AHORROS
Entidad bancaria		Número de cuenta		Tipo de cuenta	
Entidad bancaria		Número de cuenta		Tipo de cuenta	

OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza negocios en moneda extranjera?	Si [ ] No [X]	Tipo de cuenta	
		¿Cuál?	

INFORMACIÓN BANCARIA

¿Tiene productos financieros en moneda extranjera?	Si [ ] No [X]	Tipo de producto		Número de producto	
		Entidad financiera		País	

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

1. Declaro expresamente que los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):

De mi ocupación como Medico

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.
3. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla con cualquier cambio.
4. De manera irrevocable autorizo a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
6. Eximimos a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend***, sus representantes legales y administradores de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):

DECLARACIONES ADICIONALES

¿Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo?	SI [ ] NO [X]	¿Ha sido incluido en listas inhibitorias tales como Lista Clinton?	SI [ ] NO [X]

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

La ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** como tratante de los datos obtenidos durante la ejecución de su objeto misional y a través de los diferentes canales de recolección, solicita de su autorización para realizar el tratamiento de sus datos personales, los cuales serán incorporados en nuestra base de datos.
La información y datos personales suministrados a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** podrán ser recolectados, procesados, almacenados, usados, circulados, suprimidos, compartidos, actualizados y/o transmitidos, de acuerdo con los términos y condiciones de las políticas de seguridad informática establecidas en https://www.esealprorev.gov.co
Los datos personales obtenidos serán usados en forma exclusiva para el cumplimiento de nuestra misión institucional y la debida prestación de servicios a la ciudadanía.

SI [X]
NO [ ]

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:

María Mercedes Echeverría S.

Firma

Vigilado Supersalud

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

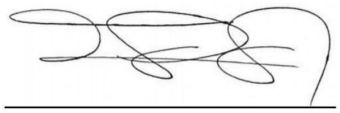
Que nuestro(a) cliente MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,007,612,634 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DIGITAL No. 805008704 aperturada el 7 de febrero de 2025 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 19 de agosto de 2025.

Para trámites de nómina,legales,internacionales y otros,también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0805008704
Cuenta de 16 dígitos:	0805000200008704
Cuenta de 20 dígitos:	00130805000200008704

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

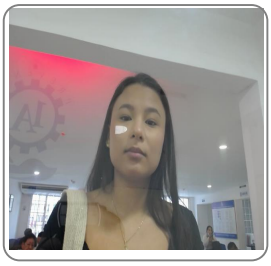
PREVENIR 1-A S.A SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD OCUPACIONAL PROMOCION Y PREVENCION
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: (605)4237121 - 3126700249 - 3104423845

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

INGRESO

Tipo certificación: Ingreso ⊗ Periódico ◯ Retiro ◯ Post incapacidad ◯ Caso ocupacional ◯
Control ◯ Reubicación ◯ Ingreso al SVE ◯ Trabajo en alturas ◯

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **24/09/2025 08:50:00** Cargo **MÉDICO**

Empresa **PARTICULAR**

Nombre **MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS**

Doc. Identidad **CC 1007612634** Edad **24 Años** Género **Femenino**

Dirección **CRA 17 #16-20 BRR SAN JOSÉ** Teléfono **3013207838**

Escolaridad **Profesional**

Eps **EPS SANITAS**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

HEMOGRAMA IV, BASILOSCOPIA, ALCOHOL EN SALIVA, THC Cualitativa Orina, COC CUALITATIVA EN ORINA, VISIOMETRIA, PRUEBA PSICOLOGICA, RADIOGRAFÍA COLUMNA LUMBOSACRA, RADIOGRAFIA DE TORAX, EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR, GLICEMIA, Hepatits B, ANTICUERPOS S (ANTI-HBs)

CONCEPTO

Sin restricciones para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
HIGIENE POSTURAL
EJERCICIOS FUNCIONALES.

NOTA: LA ATENCIÓN SE HIZO BAJO EL PROTOCOLO GENERAL DE BIOSEGURIDAD.

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visual ◯ Auditivo ◯ Respiratorio ◯ Cardiovascular ◯ Psicosocial ◯ Ergonómico ◯ Otros ◯

REMISIÓN	SI ◯	NO ⊗	ARL	SI ◯	NO ◯	EPS	SI ◯	NO ◯

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS PREVENIR 1-A S.A para la CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD de mi historia clinica de acuerdo a la Resolucion 1843 del 25 de abril del 2.025, Articulo 3 inciso e, articulo 18- paragrafo y articulo 30 emanados por el Ministerio del Trabajo de Colombia. Ademas doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y veridica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todos los estudios realizados y el resultado del Informe medico ocupacional de aptitud.

José María Benavides De Vega
Médico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional: 2268/2019 SSDSM

Trabajador: MARIA MERCEDES ECHEVERRIA
CC: 1007612634
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

PREVENIR 1-A S.A SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD OCUPACIONAL PROMOCION Y PREVENCION

Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: (605)4237121 - 3126700249 - 3104423845

VISIOMETRÍA

Fecha examen: **20/08/2025**

Doc. Identidad **CC 1007612634** Nombre **MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS** Fecha Nacimiento. **24/08/2000**

Entidad **PARTICULAR** Edad **25 años** Ocupación **MÉDICO**

H.C No Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )
Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )

Empresa EVENTO RIPS Cargo MÉDICO Antiguedad del cargo

Fondo de Pensiòn EPS EPS SANITAS ARL

ANAMNESIS

Último Examen Visual **NR** Usa anteojos: SI ( ) NO (X) VL ( ) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )

Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente ( ) Ocasional ( )

Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO (X) Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ?

Accidentes oculares SI ( ) NO (X) Cual ?

Signos y síntomas: Asintomático ( ) Disminucíón visual de cerca ( ) Disminucíón visual de lejos ( ) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )

Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )

Antecedentes personales y/o familiares

AGUDEZA VISUAL

CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD				20/20	0.50
OI				20/20	0.50
AO				20/20	0.50

LENSOMETRÍA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			°	
OI			°	

EXAMEN EXTERNO

	OD	OI
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival	( )	( )
Pterigio N	( )	( )
Pterigio T	( )	( )
Pinguécula	( )	( )
Nevus	( )	( )
Blefaritis	( )	( )
Blefaritis seborreica	( )	( )
Secreción	( )	( )
Leucoma Corneal	( )	( )
Ptosis palpebral	( )	( )
Otros:		

MOTILIDAD OCULAR

VL: VP: HISHBERG:

Ducciones: Versiones: PPC:

INTERPRETACIÓN

	OD	OI
No requiere corrección óptica	(X)	(X)
Defecto refractivo adecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo no corregido	( )	( )
Gafas no formuladas	( )	( )

TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )		
OI	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )		

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

	OD	OI
Emetropía	(X)	(X)
Ametropía	( )	( )
Disminución visual	( )	( )

Otros:

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica ( ) Valoración por oftalmología ( )

Control Visiometría (X)

RETINOSCOPIA

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

CONCEPTO

( ) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES

EMETROPIA.--VISION NORMAL.--

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP

PREVENIR 1-A S.A SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD OCUPACIONAL PROMOCION Y PREVENCION
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: (605)4237121 - 3126700249 - 3104423845

VISIOMETRÍA Fecha examen: **20/08/2025**



Lic Ocupacional : 2268/2019 SDSM

PREVENIR 1A SA
CRA 20#12-32
SANTA MARTA
TEL: 4237121
NIT: 819001920-7

INFORME PSICOLOGICO DE PRUEBA GHQ-28

Nombre: MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS

Fecha de interpretación de prueba: 20/08/2025

Edad: 24 AÑOS

Fecha de nacimiento: 24/08/2000

Nivel académico: PROFESIONAL

Numero de Identificación: 1007612634

Evaluador

Cristian Alfonso Gomez Yanet , Psicólogo

Test aplicado

GHQ-28

Resultados

Luego de la aplicación del GHQ -28, el paciente obtuvo una puntuación directa de
0 puntos síntomas somáticos relacionado con la percepcion de salud fisica,
0 puntos en ansiedad - insomnio, relacionado con la sensopercepcion de conductas ansiosas
0 puntos en disfunción social , relacionados con impacto de los problemas emocionales en las relaciones sociales y las actividades diarias
0 puntos en depresión relacionado con la percepcion en la presencia de síntomas depresivos

Análisis de resultados

Paciente alopsiquica y autopsiquicamente consciente, presenta buena salud general autopercibida. Por lo cual no se encuentra alteraciones o limitacion en su salud mental que pueda dificultar o alterar el desempeño de su actividades diarias o la ejecucion de sus funciones.

Sugerencias

Ante sensaciones de minusvalia , aislamiento , tristeza recurente , sensacion de ahogo , pensamientos negativos e otros sentimientos ansiogenicos, acudir a su EPS.

Cristian Alfonso Gómez Yanet
PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
C.C. 1083018742 T.P. 208468
LIC.SST-021/2023

FIRMA EVALUADOR
T.P. 208468

PREVENIR 1A S.A.

SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
LABORATORIO CLINICO Y TOXICOLOGICO
Nit. 819.001.920-7
Carrera 20 N° 12-32 Tel. 4237121 Cel 3126700249 - 3104423845
Santa Marta

Impreso	20 ago 2025 09:21:30 am		RESULTADOS			Software Baxlab v20191230	
Sede	**PRINCIPAL**					Página 1 de 2	
Paciente	**ECHEVERRIA SALAS MARIA**			Sexo F	Edad 24A 11M 27D	**Nro. De Recepción**	**130768**
Identif.	CC 1007612634	Teléfono			Fecha De Recepción	20 ago 2025 07:38:10 am	
Entidad	PARTICULAR			SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	**CONSULTA EXTERNA**		Cama	Médico	BENAVIDES DE VEGA. JOSE		

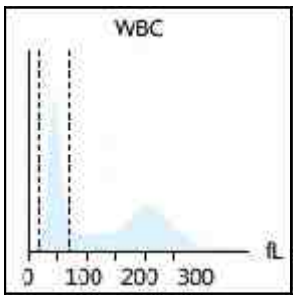
HEMATOLOGIA

1 . HEMOGRAMA TIPO IV

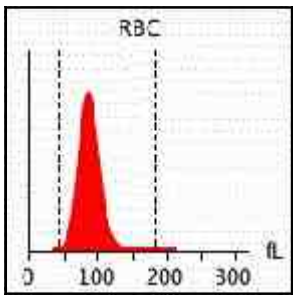
	Resultados	Unidades	Valores Referencia
Hemoglobina	13	gr/dl	12 a 17
Hematocrito	42,2	%	36 a 52
Recuento de Eritrocitos(RBC)	4,74	x10^6/uL	3,50 a 5
Volumen Medio Corpuscular (MCV)	89	fL	80 a 100
Hemoglobina Corpuscular Media(MCH)	27,4	pg	27 a 34
Conc Media de Hb Corpuscular (MCHC)	30,8	gr/dl	31 a 36
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-CV)	13,3	fL	11 a 16
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-SD)	41,1	fL	35 a 56
Recuento de Leucocitos(WBC)	7,8	x10^6/L	4 a 10
Neutrófilos(%)	46,8	%	45 a 70
Neutrofilos(/mmc)	3,6	x10^3/mmc	2 a 7
Linfocitos(%)	43,1	%	25 a 45
Linfocitos(/mmc)	3,4	x10^3/mmc	0,80 a 4
Monocitos(%)	10,1	%	3 a 12
Monocitos(/mmc)	0,8	x10^3/mmc	0,12 a 1,20
Recuento de Plaquetas(PLT)	248	x10^3/uL	150 a 450
Plaquetocrito (PCT)	0,262	%	0,11 a 0,50
Volumen plaquetario medio (MPV)	10,6	fL	6,50 a 12
Indice de distribuciónPlaquetario (PDW)	16,1	fL	6,50 a 12

Reportado Por: GRASE ALEXANDRA SOCARRAS CASADO Fecha Reporte 20 ago 2025 09:20 am

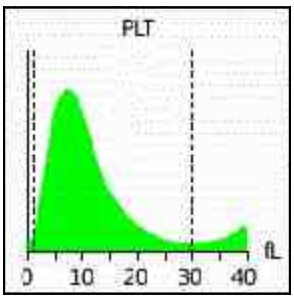
WBC



RBC



PLT



QUIMICA

PREVENIR 1A S.A.

SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
LABORATORIO CLINICO Y TOXICOLOGICO
Nit. 819.001.920-7
Carrera 20 N° 12-32 Tel. 4237121 Cel 3126700249 - 3104423845
Santa Marta

Impreso	20 ago 2025 09:21:30 am		RESULTADOS			Software Baxlab v20191230	
Sede	**PRINCIPAL**					Página 2 de 2	
Paciente	**ECHEVERRIA SALAS MARIA**			Sexo F	Edad 24A 11M 27D	**Nro. De Recepción**	**130768**
Identif.	CC 1007612634	Teléfono			Fecha De Recepción	20 ago 2025 07:38:10 am	
Entidad	PARTICULAR			SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	**CONSULTA EXTERNA**		Cama	Médico	BENAVIDES DE VEGA. JOSE		

		Resultados	Unidades	Valores Referencia
QUIMICA				
2 .	Glicemia en Ayunas	89	mg/dl	60 a 110
	Colorimetria			
	Reportado Por: GRASE ALEXANDRA SOCARRAS CASADO		Fecha Reporte	20 ago 2025 09:19 am
PRUEBAS ESPECIALES				
3 .	ALCOHOL ETILICO (SALIVA)	Negativo		
	Inmunocromatografia			
	Positivo: 0.02% hasta 0.30%			
	Reportado Por: GRASE ALEXANDRA SOCARRAS CASADO		Fecha Reporte	20 ago 2025 09:21 am
4 .	Cocaina en Orina	Negativo		
	Reportado Por: GRASE ALEXANDRA SOCARRAS CASADO		Fecha Reporte	20 ago 2025 09:21 am
5 .	Antigeno de Superficie Hepatitis B	Negativo		
	TECNICA ELFA			
	Reportado Por: GRASE ALEXANDRA SOCARRAS CASADO		Fecha Reporte	20 ago 2025 09:21 am
6 .	MARIHUANA EN ORINA	Negativo		
	Inmunocromatografía			
	Reportado Por: GRASE ALEXANDRA SOCARRAS CASADO		Fecha Reporte	20 ago 2025 09:21 am



Dra. Grase A. Socarrás Casado
Reg. Prof. 1065582385
Universidad. Popular del César

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez Barreneche

Santa Marta, agosto 19 del 2025

Nombre: MARIA ECHEVERRIA SALAS
Identificación: CC 1007612634
Edad: 24 AÑOS
Celular: 3013207838

DESCRIPCION:

RADIOGRAFIA DE TORAX

HALLAZGO (S):
Silueta cardíaca dentro de límites normales.
Transparencias pleuropulmonares conservada.
Ángulos cardiofrénicos y costodiafragmáticos libres.
Hemidiafragmas de configuración anatómica normal.
Esqueleto regional radiográfico sin lesiones aparentes.

OPINIÓN:
1. **RADIOGRAFIA DE TÓRAX NORMAL.**

DRA MARIA LIGIA RIVERO
MEDIO RADIOLOGO.
RM: 1065584784

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez Barreneche

Santa Marta, agosto 19 del 2025

Nombre: *MARIA ECHEVERRIA SALAS*
Identificación: *C C 1007612634*
Edad: *24 AÑOS*
Celular: *3013207838*

DESCRIPCION:

RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

HALLAZGO (S):

Eje longitudinal de la columna lumbosacra conservado.
Cuerpos vertebrales lumbares y sacros radiografiados de configuración, número y tamaño anatómico normal.
Apófisis transversas integras.
Hendiduras sacroilíacas preservadas.
Densidad ósea conservada.

OPINIÓN:

1. ***IMAGEN DE COLUMNA LUMBOSACRA NORMAL.***

DRA MARIA LIGIA RIVERO
MEDIO RADIOLOGO.
RM: 1065584784

PREVENIR 1A S.A.

SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
LABORATORIO CLINICO Y TOXICOLOGICO
Nit. 819.001.920-7
Carrera 20 N° 12-32 Tel. 4237121 Cel 3126700249 - 3104423845
Santa Marta

Impreso	20 ago 2025 11:30:36 am		RESULTADOS			Software Baxlab v20191230	
Sede	**PRINCIPAL**					Página 1 de 1	
Paciente	**ECHEVERRIA SALAS MARIA M.**			Sexo F	Edad 24A 11M 27D	**Nro. De Recepción**	**121740**
Identif.	CC 1007612634	Teléfono			Fecha De Recepción	20 ago 2025 08:30:06 am	
Entidad	PARTICULAR			SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	**CONSULTA EXTERNA**		Cama	Médico	BENAVIDES DE VEGA. JOSE		

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
MICROBIOLOGIA			
1 . Bacilo Acido Alcohol Resistente (B.A.A.R)	NEGATIVO		
Muestra Estudiada	ESPUTO		

Reportado Por: GRASE ALEXANDRA SOCARRAS CASADO Fecha Reporte 20 ago 2025 11:30 am

Grase Socarrás C.
T.P. 1065592385

Dra. Grase A. Socarrás Casado
Reg. Prof. 1065582385
Universidad. Popular del César

Cajamag

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO

Calle 23 No. 7-78 Santa Marta D.T.C.H.
PBX 4217900 ext 1075 - Call Center 4365058

NOMBRES
María Mercedes.

APELLIDOS
Echeverría Subas.

DOCUMENTO DE IDENTIDAD
CE | CC | No. 1007612634.

FECHA DE NACIMIENTO aaaa 2000 | mm 08 | dd 24

VIGILADO SuperSubsidio

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre Vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Gardasil VPH	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	17-9/25	SDA17D36	Lancetta Tromso
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre Vacunador
Hepatitis A	1			
	2			
Triple viral				
Neumococo				
Varicela	1			
	2			
Meningococo				
Zostavax				
Fiebre amarilla				

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 633086af-85fd-4caf-a3a4-cc6a1b76e41c

Nombres y apellidos / Full name: **MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1007612634**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **24/08/2000**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3013207838**

Correo electrónico / e-mail: **EMEYEME200@GMAIL.COM**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
Meningococo Tetravalente ACWY Particular	Primera	7	6	2019		u6299ac	BARRANQUILA CRUZ ROJA COLOMBIANA ATLANTICO	josefina meza altamar
TD Adulto Particular	Segunda	7	6	2019		220801718e	BARRANQUILA CRUZ ROJA COLOMBIANA ATLANTICO	josefina meza altamar
Hepatitis A y B Particular	Primera	27	7	2019		HAHBB390AJ	BARRANQUILA CRUZ ROJA COLOMBIANA ATLANTICO	josefina meza altamar
Fiebre Amarilla Particular	Única	27	7	2019		R3E15	BARRANQUILA CRUZ ROJA COLOMBIANA ATLANTICO	josefina meza altamar
Varicela Particular	Primera	30	11	2019		S010473	BARRANQUILA CRUZ ROJA COLOMBIANA ATLANTICO	josefina meza altamar
Hepatitis A y B Particular	Tercera	30	11	2019		AHABB395AB	BARRANQUILA CRUZ ROJA COLOMBIANA ATLANTICO	josefina meza altamar
Triple Viral Particular	Refuerzo	30	11	2019		A69FE888B	BARRANQUILA CRUZ ROJA COLOMBIANA ATLANTICO	josefina meza altamar
Varicela Particular	Refuerzo	3	2	2020		S026876	BARRANQUILA CRUZ ROJA COLOMBIANA ATLANTICO	Luisa Salazar Benitez
COVID PFIZER	Primera	24	4	2021	PFIZER	ET6924	UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA SANTA MARTA	Luz Esperanza Coca Chavez
COVID PFIZER	Segunda	15	5	2021	PFIZER	EW0195	UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA SANTA MARTA	Luz Esperanza Coca Chavez
TD Adulto Particular	Tercera	28	7	2021		220801020a	BARRANQUILA CRUZ ROJA COLOMBIANA ATLANTICO	Silvia Fuentes Perez
Influenza Adultos Particular	Anual	28	7	2021		uj631ac	BARRANQUILA CRUZ ROJA COLOMBIANA ATLANTICO	Silvia Fuentes Perez

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

Somos la Decimocuarta Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2024
Somos a Novena Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMÉRICA LATINA 2021

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3202626796

PÓLIZA No: 320 -89 - 994000008907 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: **CARRERA 47** COD. AGE: 320 RAMO: 89 PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
31	07	2025	31	07	2025	23:59	01	07	2026	23:59	335	31	07	2025

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO MODIFICACION

VIGENCIA DEL ANEXO DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
31	07	2025	23:59	01	07	2026	23:59	335

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS** IDENTIFICACIÓN: CC **1007.612.634**
DIRECCIÓN: KR 60 72 60 APTO 402 CIUDAD: BARRANQUILLA, ATLÁNTICO TELÉFONO: 4440398

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS** IDENTIFICACIÓN: CC **1007.612.634**
DIRECCIÓN: KR 60 72 60 APTO 402 CIUDAD: **BARRANQUILLA, ATLÁNTICO** TELÉFONO: 4440398
BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: MAGDALENA CIUDAD: SANTA MARTA

DIRECCION: CALLE 13 No. 32-33

ACTIVIDAD: MEDICO

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO	$ 450,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA	450,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO	450,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	450,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL	450,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	45,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE ACUERDA QUE A PARTIR DE 31/07/2025 SE AUMENTA EL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA A COP $450.000.000 POR SOLICITUD DEL TOMADOR. QUEDA CONVENIDO Y ACEPTADO QUE BAJO EL PRESENTE LÍMITE ASEGURADO SE ATENDERÁN AQUELLAS RECLAMACIONES CONOCIDAS POR PRIMERA VEZ POR LA ENTIDAD Y QUE SEAN POSTERIORES A LA FECHA DE EMISION DEL ANEXO. PARA LOS DEMAS CASOS, APLICARAN LAS CONDICIONES PREVIAS CONTRATADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA. DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES SIN MODIFICAR CONTINUAN VIGENTES.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ****50,000,000.00	$ **********42,325	$********0.00	$ *******8,042	$ **********50,367

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
ADRIANA MARGARITA SILVA MAESTRE	10679	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB https://www.aseguradorasolidaria.com.co, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000320262679

María Mercedes Echeverría S.
FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CDDA207A090BF97E57 CLIENTE EXT.JALMONACID 0

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

Compañía de Seguros

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Juan Sebastián Portilla Portilla - **Defensor del Consumidor Financiero – Suplente:** José Guillermo Peña González
Dirección: Av 19 # 114 – 09 oficina 502 Bogotá – **Teléfonos:** (601) 213 13 70 – 213 13 22 - **Celular:** 321 924 04 79 – 323 232 29 34 - **Correo electrónico:** contacto@pgabogados.com
Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 1:00 p.m. a 5:00 p.m **Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:**
https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/2025/DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-2025F.pdf