Tunja,

Señores
E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA
Ciudad

Asunto: Presentación de propuesta.

Cordial saludo, yo **ADRIANA PATRICIA BRICEÑO BERMEJO** identificada con cédula de ciudadanía Nº 1.049.605.499 hago llegar a ustedes propuesta laboral como médico especialista en PSIQUIATRIA para el servicio de urgencias del **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA** durante el año 2025, horas ofertadas 70 horas asistenciales, valor hora $88.400; asimismo declaro que no me encuentro en curso en ninguna causal de incompatibilidad e inhabilidad para ofertar ni contratar

Agradezco la atención brindada.

ADRIANA PATRICIA BRICEÑO BERMEJO
C.C. 1.049.605.499
Médico especialista en Psiquiatría

Código: TH-F-45	ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 12	VERIFICACION REQUISITOS HOJA DE VIDA Y	Fecha: 20/05/2024

Nombre del Aspirante:	ADRIANA PATRICIA BRICEÑO BERMEJO		
Numero documento de	1049605499	Número de teléfono: 3115859135	
Oficio al que aspira:	SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRÍA PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		

MODALIDAD DE VINCULACIÓN			
SERVIDOR PÚBLICO	TRABAJADOR EN MISIÓN	CPS	OTRO
		X	

REQUISITOS GENERALES DE HOJA DE VIDA	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
HOJA DE VIDA FORMATO DAFP (Según circular externa conjunta 004 de 2003 del DAFP y el Archivo General de la Nación)				
HOJA DE VIDA FORMATO SIGEP (contratistas)	X			
FORMATO Único Declaración Juramentada De Bienes y Rentas (Circular externa 002 de 2014 del DAFP)				
DECLARACION DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS (Ley 2013 de 2019) (contratistas y personal de planta segun el cargo)	X			
Formato Declaracion situacional de conflicto de intereses servidor publico o contratista. TH-F-67	NA			Manifesta que no hay intereses en conflicto
Formato de declaracion de intereses particulares de personal en mision. TH-F-92				
Fotocopia de Cédula AL 150%	X			
Pasaporte (solo aplica para extranjeros)				
Cetificado de Situación Militar menores de 50 años (Ley 1780 de 2016 y los artículos 11 y 42 de Ley 1861 de 2017)				
Consulta de Antecedentes: 1. Judiciales 2. Fiscales 3. Disciplinarios 4. Medidas correctivas Teniendo en cuenta que ninguna persona esta obligada a presentar este documento, la institución debe consultar en línea dichos antecedentes	X			
Certificado REDAM (registro de deudores alimentarios morosos)	X			
Consulta lista de vinculantes (OUNU, OFAC)	X			
Formato de consentimiento informado consulta Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años (Ley 1918 de 2018).TH-F-57.	X			
Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años (Ley 1918 de 2018).	X			
Formato de autorización para el tratamiento y la protección de datos personales del colaborador.	X			
Consulta de Antecedentes Profesionales (Abogado, Administrador de Empresas, Contador, Ingeniero Industrial, Trabajador Social , médico, enfermera profesional y demás).				
Registro Unico Tributario RUT (Este documento es requerido en caso de ser contratado directamente por la Institución, teniendo en cuenta que para contratar con el estado es indispensable este soporte).	X			
Certificado de Afiliación a Salud y Pensión vigentes	X			
Certificación Bancaria	X			
Carnet de vacunas (según manual de Bioseguridad). Código SST-m- 03 - V 009.	X			
Titulaciones de hepatitis B y varicela	X			
Consentimiento de autorización para aseguramiento e información de la ARL.	X			
Exámen Medico Ocupacional para el cargo (Según tipo de contratación y cargo al que aspira).	X			
Exámen Medico Ocupacional casos especificos . Nota: Para el exámen Médico Ocupacional para cargos especificos, remitirse al profesiograma institucional.				
SOPORTES DE EDUCACIÓN FORMAL (Asistencial, Administrativo y Mantenimiento)				
Titulo Bachiller Y/o Acta de Grado (No aplica para profesionales)				
Título de técnico y Acta de grado				
Titulo de tecnologo y Acta de grado				
Título Profesional y Acta de grado	X			
Convalidación de Titulo Profesional (Para Estudios Realizados en el Exterior)				
Título Especialista y Acta de grado	X			

Título y acta de grado de maestría, doctorado o posdoctorado				
Convalidación deTitulo Especialista (Para Estudios Realizados en el Exterior)				
Tarjeta profesional	X			
RETHUS (Registro Unico de Talento Humano en Salud)	X			
Resolución para ejercer (Graduados Hasta el 2016)				
Poliza de seguro de responsabilidad civil profesional (profesionales en medicina).				
SOPORTES DE EDUCACIÓN NO FORMAL (Asistencial, Administrativo y Mantenimiento)				
Relacionar Cursos / Talleres / Congresos / Diplomados				
Certificado curso de Atención a Victimas de Violencia Sexual.	X			
SOPORTES DE FORMACIÓN PERSONAL ASISTENCIAL				
Curso de soporte vital (BLS, ACLS, NALS, PALS, ATLS, ALSO) de acuerdo al perfil y según normatividad vigente o necesidades de Seguridad de Paciente.	X			
Certificado curso Atención a las Victimas de Ataques con Agentes Químicos.				
Certificado curso Manejo del Duelo.	X			
Certificado curso Toma de Muestra de Laboratorio Clínico.				
Certificado curso cuidado del Donante (Medicos) Avalados por El Instituto Nacional De Salud.				
Soporte de entrenamiento en MMC (METODO MADRE CANGURO) SOLO APLICA PARA MEDICO ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA.				
Certificado pruebas en el punto de atencion del paciente (point of care Testing-POCT) Terapeutas Respiratorias.				
SOPORTES DE FORMACIÓN PERSONAL MANTENIMIENTO				
Certificado Curso trabajo seguro en alturas.				
SOPORTES DE FORMACIÓN PERSONAL RADIOLOGÍA				
Certificado de Curso de Protección Radiológica.				
SOPORTES DE FORMACIÓN BACTERIOLOGO				
Diplomado en Medicina Transfusional e Inmunohematología con certificación de 120 horas.				
SOPORTES ESPECIFICOS PARA CONDUCTOR Y CONDUCTOR DE AMBULANCIA Y MENSAJERO				
Pase de Conducción C2 (Conductor Ambulancia).				
Pase de Conducción A2 (Mensajero).				
Consulta inscripción en el RUNT y Estado de Cuenta sobre las Multas y Sanciones por Infracciones de Tránsito SIMIT.				
Certificado Curso de Mecánica Básica.				
Certificado Curso de Primeros Auxilios.				
Exámen psicosensométricos (Visiometría, Audiometría, Examen de Coordinación Motríz, Exámen de psicología) y Exámen médico.				
Pruebas teorica y práctica.				
SOPORTES DE EXPERIENCIA (Solo si la tiene)				
Copia de Certificaciones Laborales las cuales deben cumplir los siguientes requisitos: * Debe ser expedida en papel membreteado * Debe registrar su nombre y número de identificación * Debe describir el cargo desempeñado y funciones realizadas * Debe especificar tiempo laborado o mínimo registrar fecha de * Debe estar debidamente firmada * Debe registrar nombre del jefe inmediato, teléfonos y dirección de * Deben estar organizados del empleo más nuevo al más antiguo.	X			
	Nuevo			**Actualización**
Revisión de hoja de vida **NOTA**: Verificada la Hoja de vida el 19/12/25 se puede evidenciar que **CUMPLE** con los requisitos de habilitacion.				

Revisó. Magda Constanza Hurtado Vargas
Profesional universitario T.H
Verificó. Laidy Astrid Ruíz Parra
Coordinadora de Actividades de Talento Humano
Verificó. Adriana Lucia Pacheco Merchan
Profesional Especializado de Salud y Seguridad en el Trabajo

Items correspondientes a vacunas y examenes medico ocupacionales y psicosensometricos, curso de alturas (según perfil)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
BRICENO	BERMEJO	ADRIANA PATRICIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No 1049605499	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ○ EXTRANJERO ○	

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA DIA 10 MES 12 AÑO 1986	
PAÍS	PAÍS DEPTO
DEPTO	MUNICIPIO
MUNICIPIO	TELÉFONO EMAIL adrianapatriciabb@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 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	
POSTGRADO	6	X		ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA	01	2011	
PREGRADO	12	X		MEDICINA Y CIRUGIA	05	2011	1744/2012

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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)

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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* TUNJA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7405030	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2025	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO URGENCIOLOGO	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CARRERA 11 27 27					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3849160	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	02	*Año*	2020	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICA PSIQUIATRA	*DEPENDENCIA* AREA DE CONSULTA EXTERNA						*DIRECCIÓN* CALLE 9 39 46					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2921277	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	04	*Año*	2019	*Día*	28	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICA PSIQUIATRA	*DEPENDENCIA* ADMISIONES URGENCIAS HOSPITALARIAS						*DIRECCIÓN* CARRERA 69 12 75					

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*					

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	3	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	10
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 Tunja Dic 05/25.

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.

Tunja Dic. 19/25. Leidy Astrid Ruiz Parra

Ciudad y fecha *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	INGRESO	Fecha de publicación	2025-11-25 15:54

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ADRIANA	PATRICIA	BRICEÑO	BERMEJO

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1049605499

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	BOYACÁ	Municipio	TUNJA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

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	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	BOYACÁ	Municipio	TUNJA

Dirección	["Carrera 11 No. 27-27"]
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	$260.509,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$15.000.000,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$15.260.509,00

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	$100.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
APARTAMENTO	COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	$360.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
PRESTAMOS BANCO	$150.000.000,00

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 [X] No [ ]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
RICARDO	HERNAN	GOMEZ	BOHORQUEZ

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 7187937

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:

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 viernes 05 de diciembre de 2025, a las 09:45:48, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1049605499
Código de Verificación	1049605499251205094548

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 285640851

PIB
09:55:36

Bogotá DC, 05 de diciembre 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) ADRIANA PATRICIA BRICEÑO BERMEJO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1049605499:

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 Politica 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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:46:28 AM horas del 05/12/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1049605499**

Apellidos y Nombres: **BRICEÑO BERMEJO ADRIANA PATRICIA**

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.

Policía Nacional de Colombia

(https://www.policia.gov.co/)

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, 05/12/2025 09:47:02 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1049605499** y Nombre: **ADRIANA PATRICIA BRICEÑO BERMEJO.**

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. **128815274** . 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

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 1049605499 **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 29/11/2025 02:50 PM

Código Verificación: **CBGFRLD3H2**

Válida hasta: **27/02/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

OFAC
Office of Foreign Assets Control

Sanctions List Search

Specially Designated Nationals and Blocked Persons list ("SDN List") and all other sanctions lists administered by OFAC, including the Foreign Sanctions Evaders List, the Non-SDN Iran Sanctions Act List, the Sectoral Sanctions Identifications List, the List of Foreign Financial Institutions Subject to Correspondent Account or Payable-Through Account Sanctions and the Non-SDN Palestinian Legislative Council List. Given the number of lists that now reside in the Sanctions List Search tool, it is strongly recommended that users pay close attention to the program codes associated with each returned record. These program codes indicate how a true hit on a returned value should be treated. The Sanctions List Search tool uses approximate string matching to identify possible matches between word or character strings as entered into Sanctions List Search, and any name or name component as it appears on the SDN List and/or the various other sanctions lists. Sanctions List Search has a slider-bar that may be used to set a threshold (i.e., a confidence rating) for the closeness of any potential match returned as a result of a user's search. Sanctions List Search will detect certain misspellings or other incorrectly entered text, and will return near, or proximate, matches, based on the confidence rating set by the user via the slider-bar. OFAC does not provide recommendations with regard to the appropriateness of any specific confidence rating. Sanctions List Search is one tool offered to assist users in utilizing the SDN List and/or the various other sanctions lists; use of Sanctions List Search is not a substitute for undertaking appropriate due diligence. The use of Sanctions List Search does not limit any criminal or civil liability for any act undertaken as a result of, or in reliance on, such use.

Download the SDN List | Sanctions List Search: Rules for use | Visit The OFAC Website

Download the Consolidated Non-SDN List | Program Code Key

Lookup

Type:	All	**Address:**	
Name:	ADRIANA PATRICIA BRICEÑO BI	**City:**	
ID # / Digital Currency Address:	1049605499	**State/Province:***	
Program:	All 561-Related BALKANS BALKANS-EO14033	**Country:**	All
		List:	All
Minimum Name Score:	100	Search	Reset

Lookup Results: 0 Found

Name	Address	Type	Program(s)	List	Score

Your search has not returned any results.

* U.S. states are abbreviated on the SDN and Non-SDN lists. To search for a specific U.S. state, please use the two letter U.S. Postal Service abbreviation.

SDN List last updated on: 12/19/2025 2:01:23 PM
Non-SDN List last updated on: 12/18/2025 10:02:05 AM

UN Logo

United Nations Security Council Consolidated List

Generated on: 21 July 2023

"Generated on refers to the date on which the user accessed the list and not the last date of substantive update to the list. Information on the substantive list updates are provided on the Council / Committee's website."

Composition of the List

The list consists of the two sections specified below:
A. Individuals
B. Entities and other groups

Information about de-listing may be found at:
https://www.un.org/securitycouncil/ombudsperson(for res. 1267)
https://www.un.org/securitycouncil/sanctions/delisting(for other Committees)
https://www.un.org/securitycouncil/content/2231/list(for res. 2231)

A. Individuals

KPi.033 Name: 1: RI 2: WON HO 3: 4: na
Title: na **Designation:** DPRK Ministry of State Security Official **DOB:** 17 Jul. 1964 **POB:** na **Good quality a.k.a.:** na **Low quality a.k.a.:** na **Nationality:** Democratic People's Republic of Korea **Passport no:** 381310014 **National identification no:** na **Address:** na **Listed on:** 30 Nov. 2016 **Other information:** Ri Won Ho is a DPRK Ministry of State Security Official stationed in Syria supporting KOMID.

KPi.037 Name: 1: CHANG 2: CHANG HA 3: 4: na
Title: na **Designation:** President of the Second Academy of Natural Sciences (SANS) **DOB:** 10 Jan. 1964 **POB:** na **Good quality a.k.a.:** Jang Chang Ha **Low quality a.k.a.:** na **Nationality:** Democratic People's Republic of Korea **Passport no:** na **National identification no:** na **Address:** na **Listed on:** 30 Nov. 2016 **Other information:**

KPi.038 Name: 1: CHO 2: CHUN RYONG 3: 4: na
Title: na **Designation:** Chairman of the Second Economic Committee (SEC) **DOB:** 4 Apr. 1960 **POB:** na **Good quality a.k.a.:** Jo Chun Ryong **Low quality a.k.a.:** na **Nationality:** Democratic People's Republic of Korea **Passport no:** na **National identification no:** na **Address:** na **Listed on:** 30 Nov. 2016 **Other information:**

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		
CÓDIGO. TH-F-109	AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO Y USO DE DATOS PERSONALES	
Versión: 01		Fecha: 19/06/2024

De conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015. Yo, Adriana Patricia Briceño, identificado con cedula de ciudadanía número 1049605499, en calidad de Titular o padre, representante y/o tutor legal del menor _____ identificado con _____ autorizo libre, expresa e inequívocamente a La E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA, para que realice la recolección y tratamiento de los datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados dentro del cumplimiento de la misión institucional como prestador de servicios de salud, y en el cumplimiento de las demás funciones administrativas, constitucionales y legales de la Entidad.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de los datos suministrados se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en la página web de la entidad https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento y la posibilidad que tenía de no efectuar la autorización en aquella información considerada sensible.

Manifiesto que, como titular de la información, fui informado de los derechos con que cuento como titular de la información, especialmente a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales podré ejercer a través de los canales presenciales, o a el correo electrónico: habeasdata@hospitalsanrafaeltunja.gov.co , Línea gratuita nacional: 018000918731.

Se suscribe en la ciudad de Tunja, el día 01 de Dic de 2025.

Firma: _____

Nombre: Adriana Briceño

Cédula: 1049605.499

Código: TH-F-57	ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA	HOSPITAL UNIVERSITARIO San Rafael DE TUNJA
Versión: 02	INHABILIDADES DELITOS SEXUALES	Fecha: 17/05/2024

El(la) suscrito(a) Adriana Patricia Briceño Bermejo identificado (a) con C.C. X/ C.E.___ No. 1.049.605.499 expedida en Tunja, **AUTORIZO** libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la Empresa Social del Estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja con Nit. 891800231, a consultar mis datos personales en el Registro de Inhabilidades por Delitos Sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación contractual, legal y reglamentaria o personal en misión y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en http://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Tunja, el día 07 (__) de Dic de 2025.

Firma:
Nombre: Adriana Briceño
Cédula: 1.049605.499

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 09:49:52 horas del 05/12/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1049605499,** Apellidos y Nombres **BRICEÑO BERMEJO ADRIANA PATRICIA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**, con NIT **891800231-0** 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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141010018996

(415)7707212489984(8020) 000014101001899 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 4 9 6 0 5 4 9 9	8	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 4 9 6 0 5 4 9 9	2 0 0 5 0 1 0 3

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BRICEÑO	BERMEJO	ADRIANA	PATRICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

41. Dirección principal: CL 17 11 30

42. Correo electrónico: adrianabb_10@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 5 8 5 9 1 3 5	3 1 2 2 5 0 0 4 7 5

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 6 2 1	2 0 1 1 0 6 2 3					2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 7

47 - Régimen Simple de Tributación - SIM

Usuarios aduaneros

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 61. Fecha 2024 - 04 - 11 / 09 : 25: 42

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 BRICEÑO BERMEJO ADRIANA PATRICIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141010018996

(415)7707212489984(8020) 000014101001899 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 4 9 6 0 5 4 9 9	8	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase		
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro		
76. Fecha de registro		
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento		
79. Ciudad/Municipio		
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Ítem	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	1 0 1	2 0 2 3 0 1 0 1		-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

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 Adriana Patricia Briceño Bermejo, identificado(a) con CC número 1049605499, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1049605499
NOMBRES Y APELLIDOS	Adriana Patricia Briceño Bermejo
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	10/12/1986
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/09/2018
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	124 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	01/09/2018
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1049605499 ADRIANA PATRICIA BRICEÑO BERMEJO Desde 01/07/2022 - Vigente

Generado por interfaces

25/11/2025

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

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ADRIANA PATRICIA BRICEÑO BERMEJO identificado(a) con C.C No. 1.049.605.499, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 25 de noviembre del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Juan Perea Ruiz
Gerente Cuentas y Recaudo

CONSENTIMIENTO DE AUTORIZACION/INFORMACION PARA ARL

En mi calidad como Contratista, me permito dar a conocer a la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, los siguientes datos:

Yo, Adriana Patricia Briceño Bermejo, identificado con cedula de ciudadanía número 1.049.605.499, manifiesto que :

SI X NO _____ Estoy afiliado a la ARL Sura

SI X NO _____ Deseo seguir afiliado a la ARL Sura.

Solicito ser afiliado por la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja a la ARL: Sura.

Se suscribe en la ciudad de Tunja, el día 05 de diciembre de 2025.

Firma _____

Nombre Adriana Patricia Briceño

Cédula 1.049.605.499

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	03 DIC 2021	V3C13	FABIOLA P
Otras				

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

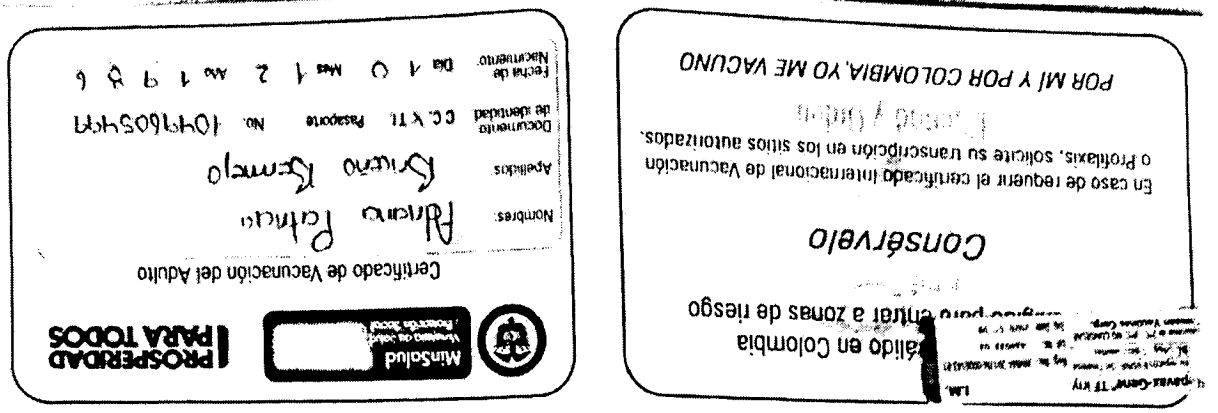
Nombres: ADRIANA PATRICIA

Apellidos: BRICEÑO BERMEJO

Documento de identidad: C.C. / T.I. Pasaporte No. 1044605494

Fecha de nacimiento: Día 10 Mes 12 Año 1986

Escaneado con CamScanner



POR MI Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

[illegible] en Colombia
[illegible] para entrar a zonas de riesgo

Certificado de Vacunación del Adulto

PROSPERIDAD PARA TODOS

MinSalud

Nombres: Adriana Patricia

Apellidos: Suarez Romero

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1049605470

Fecha de Nacimiento: Día 10 Mes 12 Año 1978

OTRAS INMUNIZACIONES
OTHER IMMUNIZATIONS

VACUNA	FECHA	DOSIS	FIRMA DEL MEDICO
Hepatitis B	19.06.04	1a	
"	23.08.04	2a	
"	21.07.04	3a	
T.T.D	29.06.04	1a	
T.V.	29.06.04	4.	
T.T.D	20.12.06	2a	
H. B Lot. USA	12002	1a	
DPTA	22/03/12	1d	

Cortesía de : sanofi pasteur

SPCOL
No.. 14326

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACIÓN
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION

MODELO APROBADO POR LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE LA SALUD

Nombre del Viajero (Name): Adriana Patricia Romero

Dirección (Address): Cra 11A # 13-34

Ciudad (City): Tunja Departamento (State): Boyaca País (Country): Colombia

Documento de Identidad (I.D.): 1049605470

Escaneado con CamScanner

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACIÓN
CONTRA LA FIEBRE AMARILLA
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION
AGAINST YELLOW FEVER

SPCOL
No 14326

Certifico que: This certify that Adriana Patricia Rincón Sexo: Sex F

Cuya firma aparece enseguida Whose signature follows [signature] Fecha de Nacimiento Date of birth 10-12-1986

Ha sido en la fecha indicada, vacunado (a) o revacunado (a) contra fiebre amarilla
Has been vaccinated or revaccinated againts yellow fever on the date indicate

Feche Date	Firma, profesión y dirección del vacunador Signature, Professional status and address of vaccinator	Fabricante y No. de lote Manufacturer and batch number of vaccine	Sello oficial del Centro de vacunación Official stamp of vaccination Center
20-12-06	Dominga Isabel Rincón Aux. Enf. R 027 Bog.	Arcnto Lot 263554	[signature]

Centro de vacunación: Vaccination Center Cruz Roja Colombiana

Dirección: Address Calle H #9-56 Ciudad: City Tunja Estado o País: State Boyacá

ESTE CERTIFICADO ES VALIDO solamente si la vacuna utilizada ha sido aprobada por la Organización Mundial de la Salud y el centro de vacunación ha sido habilitado por la administración sanitaria del territorio, en el cual el Centro esté situado. La validez de este certificado se extenderá por un período de 10 años, empezando 10 días después de la fecha de vacunación o, en caso de una revacunación en el curso de este periodo de 10 años, desde la fecha de revacunación.

Toda corrección o enmendadura sobre este certificado o la omisión de cualquiera de una de las menciones, puede afectar su validez.

THIS CERTIFICATE IS VALID Only if the vaccine used has been approved by the World Health Organization and if the vaccination center has been designated by the thealth administration for the country in which that is situated.

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	29 JUN 2004		
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	20 FEB 2006		
	2	21 ABR. 2006		
	3	22 FEB 2016		
	4	22 FEB 2016		
	5	01 FEB 2018		
Contra Hepatitis B	1	22-FEB-2016	2016043850	
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		22 ABR. 2019	AHABB262A	
Contra Influenza Estacional				
Triple Viral				
Hepatitis A	1	22-ABR-2019		
	2			

Escaneado con CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: adriana patricia

Apellidos: Briceno Bermejo

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

No. 1049605499

Fecha de nacimiento: Dia 10 Mes 12 Año 1986

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	8-3-21.	pfizer	EN1193 30-6-21.	Kennedy	Viviana Rios	1116913550
	2	30/3/21	Pfizer	ER1742	H. Kennedy	Celis Arboleda	bf6330930
	30	11-3021	Moderna	4140875	S.R.O	Oscar Rico	1023902594

Escaneado con CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	31-05-10	86162	10 años	[illegible]
Contra Influenza				
Otras				

CRUZ ROJA COLOMBIANA
Seccional Boyacá

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Ciudad y fecha Junio 26/2004.
Nombre Cristian Camilo Bracho
Vacuna Hepatitis B 1a dosis
T.T. 1a dosis

Firma del Vacunador

Calle 17 No. 9-56 Tels. 7423198 7425208 Ext. 132 - Tunja

HEPATITIS B (HEPAVAX-GENE)	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
	1a	29-06-04		
	2a	27-08-04		
	3a	27-04-04		

TÉTANOS DIFTERIA (Dt-Td-Ad)	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
	1a	29-06-04		

INFLUENZA AGRIPPAL S1	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
	1			

VARICELA (VARILLA ADNEVAX)	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
	1			

TRIPLE VIRAL M.M.R.U.PAR	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
	1	28-06-04		

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA

Escaneado con CamScanner

Adhac bricño. pxqrate

idime

01-E01-3746679

Página N° : 1 of 1
Fecha ingreso : 26/11/2024 02:56:14 PM
Fecha de muestra: 26/11/2024 02:56:14 a. m.
Fecha impresion : 28/11/2024 12:06:35 AM

No. de Orden:E01-3746679
Paciente :BRICEÑO BERMEJO ADRIANA PATRICIA
Documento Id:1049605499
Empresa :PARTICULAR
Sede :BOG LAGO
E-Mail :adrianapatriciabb@gmail.com

No. Interno :E01-3746679
Edad :37 a 11 m 16 d
Fecha Nacimiento: 10/12/1986
Sexo :FEMENINO
Teléfono :3115859135
No. Autoriza :

VARICLIAHBSAC****

Examen	Resultado	Unidades	Web Intervalo Biológico de referencia
	HORMONAS		
HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS			
HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS	1000 ✓	UI/L	0 - 0
VALORES DE REFERENCIA:			
No reactivo: Menor a 10 IU/L Reactivo: Mayor o igual a 10 IU/L			
CONTROL VACUNACION			
Menor o igual a 10 Revacunación 10 - 100: Niveles de protección Mayor de 100: Niveles de Inmunidad			
Tecnica: Electroquimioluminiscencia			
Validó: Reg 1012379163 DIEGO GONZALEZ PEREZ			28/11/2024 12:01 AM
	MICROELISAS		
VARICELA ZÓSTER AC IG G			
VARICELA ZÓSTER AC IGG (CLIA)	2665 ✓	mIU/mL	0 - 0
se sugiere correlacionar con historia clínica.			
INTERVALOS BIOLÓGICOS DE REFERENCIA:			
Negativo: Menor a 150 mIU/mL Indeterminado: De 150 - 175 mIU/mL Postivo: Mayor o Igual a 175 mIU/mL			
Tecnica: Inmunoensayo quimioluminiscente (CLIA)			
Validó: Reg 52055113 CLAUDIA MENDEZ JAIMES			28/11/2024 12:01 AM
	FIRMA		
Director Laboratorio - Bacteriólogo			- 28/11/2024 12:01 AM

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte

Bienestar & Salud Laboral

Nit. 900.844.030-8
Licencia No. 64 del 10-01-2017
Calle 134 # 7-83 cons 233, Bogotá D. C.
www.bsl.com.co



DATOS PERSONALES

Fecha de Atención: 25 nov 2024 ✓ Tipo de Consulta: Examen Médico Ocupacional de Ingreso

Paciente: ADRIANA PATRICIA BRICEÑO BERMEJO Documento: 1049605499

Edad: 37 Género: FEMENINO Ciudad: Bogotá

Empresa: PARTICULAR Cargo: Médico psiquiatra

EXÁMENES REALIZADOS

Examen Médico Osteomuscular

CONCEPTO EVALUACIÓN MÉDICA

ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES ✓

De acuerdo al examen ocupacional realizado a Adriana Patricia Briceño Bermejo con documento de identificación No 1049605499 se considera que es ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES para desempeñar la ocupación del cargo descrito

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

Basándonos en los resultados obtenidos de la evaluación osteomuscular, certificamos que el paciente presenta un sistema osteomuscular en condiciones óptimas de salud. Esta condición le permite llevar a cabo una variedad de actividades físicas y cotidianas sin restricciones notables y con un riesgo mínimo de lesiones osteomusculares.

RECOMENDACIONES GENERALES

RECOMENDACIONES GENERALES:
1. PAUSAS ACTIVAS
2. HIGIENE POSTURAL
3. MEDIDAS ERGONOMICAS
4. TÉCNICAS DE MANEJO DE ESTRÉS
5. ALIMENTACIÓN BALANCEADA

SALUD FÍSICA Y MENTAL

A no ser que presentes una restricción médica realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada, o al menos 75 minutos semanales de ejercicio de alta intensidad.
Consume alimentos variados, incluyendo frutas y verduras
Reduce el consumo de sal, grasas saturadas y el azúcar
Mantén una buena hidratación bebiendo suficiente agua
Sigue una rutina y organiza tu tiempo en el trabajo, familia, estudio, cuidado personal y hobbies.
Reduce la exposición a noticias negativas
Mantén el contacto social vía telefónica - virtual o de forma presencial teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad
Mantén hábitos de sueño

JUAN JOSE REATIGA
REGISTRO MEDICO NO 14791
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 460
6 DE JULIO DE 2020

Verifica la validez de este certificado

Adriana Patricia Briceño Bermejo

FIRMA

1049605499

REPÚBLICA DE COLOMBIA

UNIVERSIDAD DE BOYACÁ

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 6553 DE 1981
RESOLUCIÓN No. 2910 DE 16 DE SEPTIEMBRE DE 2004 - MEN

En nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional

TENIENDO EN CUENTA QUE

Adriana Patricia Briceño Bermejo

C.C. No. 1.049.605.499 EXPEDIDA EN TUNJA - Boyacá

CURSÓ TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA UNIVERSIDAD Y POR LAS NORMAS LEGALES LE CONFIERE EL TÍTULO UNIVERSITARIO DE:

MÉDICA CIRUJANA

SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ
Reconocimiento ante Títulos para el ejercicio de profesiones
Registro: 1744
Resolución No.
Ciudad: 10 SEP 2012
FIRMA:
Secretario

EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

DADO EN TUNJA EL DÍA 15 DEL MES DE JULIO DE 2011

PRESIDENTE CONSEJO DIRECTIVO

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

DECANO FACULTAD

12198

UNIBOYACA
LIBRO DE REGISTRO No. 15
FOLIO No. 4308
REGISTRO No. 8576
DIPLOMA No. 9030

Scanned by CamScanner

Universidad de Boyacá

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 6553 DE 1981
RESOLUCIÓN No. 2910 del 16 de Septiembre de 2004
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 9030

En la ciudad de TUNJA el día 15 del mes de JULIO de 2011 se llevó a cabo el acto de graduación presidido por EL SEÑOR PRESIDENTE Y LA SEÑORA RECTORA en el cual la UNIVERSIDAD DE BOYACÁ, autorizada para el efecto según ACUERDO No. 014 del día 09 del mes de NOVIEMBRE DE 1993 del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES), y previo juramento reglamentario, confirió el título de:

MÉDICA CIRUJANA

a: ADRIANA PATRICIA BRICEÑO BERMEJO

identificado (a) con C.C. No. 1.049.605.499 de TUNJA quien cumplió con los requisitos académicos con las exigencias establecidas en los Reglamentos de la Institución y con las normas legales y le otorgó el Diploma No. 9030 que lo acredita como PROFESIONAL para lo cual realizó:

---

calificado como _____ en fe de lo anterior se firma la presente acta en la ciudad de TUNJA a los 15 días del mes de JULIO de 2011 por quienes en esta graduación intervinieron.

Libro de Registro No. 15

Folio No. 4308

Registro No. 8576

(El original de la presente Acta, se encuentra firmado por el Presidente Consejo Directivo, Rector, Secretario General y Decano de la Facultad).

Es fiel copia tomada del original.

SECRETARIO GENERAL

Scanned by CamScanner

Libertad y Orden

Universidad Militar Nueva Granada

En consideración a que:

Adriana Patricia Briceño Bermejo

C.C. 1.049.605.499 expedida en Tunja

Ha cumplido en

Hospital Militar Central

con todos los requisitos exigidos, le confiere el título de

Especialista en Psiquiatría

En constancia se firma el presente Diploma en Bogotá, D.C.

a los 20 días del mes de Mayo de 2019.

Rector

Vicerrector Académico

Decano de la Facultad

Director

Acta de Postgrado PG - 1471 - UMNG
Registro PG - 1471

Jefe División Registro y Control Académico

0002597

Registro Oficial
Anotado al folio 40 Libro 05
Día 21 Mes 05 Año 2019
Bogotá, D.C. República de Colombia

Scanned by CamScanner

0072834

UNIVERSIDAD MILITAR
NUEVA GRANADA

Creación Decreto 84 de 23 de enero de 1980, reconocimiento institucional Resolución 12975 de 23 de julio de 1982 del Ministerio de Educación Nacional, personería jurídica Ley 805 de 11 de abril de 2003

ACTA DE POSGRADO 1471 UMNG
Hospital Militar Central H.M.C.

En Bogotá, D.C., **a los veinte (20) días del mes de mayo de 2019**, se reunieron los siguientes funcionarios: Por parte de la Universidad: Señor **Brigadier General HUGO RODRIGUEZ DURAN**, Rector; **Doctor JORGE ORLANDO CONTRERAS SARMIENTO**, Vicerrector Académico (e); **Coronel Médico (RA) JORGE ENRIQUE LUQUE SUAREZ**, Decano de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Por parte del Hospital Militar Central **Mayor General Médico CLARA ESPERANZA GALVIS DIAZ**, Directora General Hospital Militar Central y **Coronel Médico DIEGO FERNANDO SIERRA SUAREZ**, Subdirector de Docencia e Investigación Científica, con el objeto de estudiar los resultados académicos de un(a) Residente que adelantó sus estudios de Educación Avanzada y otorgar al mismo el título de **ESPECIALISTA**.

FUNDAMENTOS LEGALES

Artículos 10, 24, 25 y 28 de la Ley 30 de 1992, artículo 2° y literal g) del artículo 3° del Decreto 2725 de 1980; artículo 2° de la Ley 805 de 2003; Resolución 12975 de 1982 y Decreto 2376 de 2010 del Ministerio de Educación Nacional y Acuerdo 02 de 2017 de la Universidad Militar Nueva Granada.

OTORGAMIENTO DE TÍTULOS

La Rectoría de la **Universidad Militar Nueva Granada** teniendo en cuenta que la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud por intermedio de su Decano, la División de Admisiones, Registro y Control Académico por intermedio de su Jefe y el Hospital Militar Central por intermedio de su Directora General, han informado que el(la) Profesional **ADRIANA PATRICIA BRICEÑO BERMEJO**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía N° **1049605499** de **TUNJA**, ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Reglamentos Internos de la Universidad Militar Nueva Granada y del Hospital Militar Central y las normas legales pertinentes, resuelve en nombre de la **República de Colombia** y por autorización del **Ministerio de Educación Nacional** otorgarle el título de **ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**, quedando registrado su diploma y acta de grado con el número de registro **1469**.

Para constancia de lo anterior y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 7° del Decreto N° 2725 del 10 de octubre de 1980 firman los que en ella intervinieron.

Coronel Médico DIEGO FERNANDO SIERRA SUAREZ
Subdirector de Docencia e Investigación Científica
Hospital Militar Central

Siguen firmas al respaldo...

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACION UNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

Libertad y Orden

Registro No.
15 1744/2012

Profesión u Ocupación
MÉDICO

Nombres y Apellidos
BRICEÑO BERMEJO ADRIANA PATRICIA

C.C. o C.E.
CC 1049605499

De
TUNJA

Institución de Educación
UNIBOYACA

Ciudad
TUNJA

Código 74747/11

Fecha de Expedición 15/11/12

FIRMA

FIRMA
MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL O SU DELEGADO

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007. SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.

CON BASE EN LOS DECRETOS 1465 DE 1992 Y 4107 DE 2011, QUE SEÑALAN LAS FUNCIONES DEL CREADO MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, LEY 1444 DE 2011.

Scanned by CamScanner

Resultado General -2023-11-23--7:28:40 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1049605499	ADRIANA	PATRICIA	BRICEÑO	BERMEJO	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) ADRIANA PATRICIA BRICEÑO BERMEJO identificado(a) con CC 1049605499 registra La siguiente información:

2023-11-23--7:28:40 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2012-09-10	1744	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA	2019-05-20	60137	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA|BOYACÁ|TUNJA	2011-07-27	2012-01-05	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

La

GALENOSEDUSALUD

PROFESIONALES DE LA SALUD EDUCANDO CON CONOCIMIENTO CIENTIFICO

DECRETO 1075 de Mayo 26 de 2015 – Art. 2.6.6.8 Ministerio de Educación Nacional. Reg. Merc. 03128966 Btá D.C. - NIT 19422912-2
Los cursos informales no conducen a título profesional o certificado de aptitud ocupacional

PROGRAMA DE CURSOS INFORMALES

HACE CONSTAR QUE

ADRIANA PATRICIA BRICEÑO BERMEJO

C.C. 1.049.605.499 de Tunja.

Asistió al curso de capacitación y Actualización en:

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS POR AGRESIÓN CON ÁCIDOS O AGENTES QUÍMICOS

Con una intensidad de **50** horas

Bogotá D.C. **Noviembre 08 de 2025**

JESUS GALVAN DORIA
Director General

ANGELICA RESTREPO LONDOÑO
Coordinador Académico

PARA VERIFICACION: galenosedusalud@gmail.com Tel.3158975011 - 300 6215985

GALENOSEDUSALUD

PROFESIONALES DE LA SALUD EDUCANDO CON CONOCIMIENTO CIENTIFICO

DECRETO 1075 de Mayo 26 de 2015 – Art. 2.6.6.8 Ministeric de Educación Nacional. Reg. Merc. 03128966 Btá D.C. - NIT 19422912-2
Los cursos informales no conducen a titulo profesional o certificadc de aptitud ocupacional

PROGRAMA DE CURSOS INFORMALES

HACE CONSTAR QUE :

ADRIANA PATRICIA BRICEÑO BERMEJO

C.C. 1.049.605.499 de Tunja.

Asistió al curso de capacitación y Actualización en:

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO

Con una intensidad de **50** horas

Bogotá D.C. **Noviembre 15 de 2025**

JESUS GALVAN DORIA
Director General

ANGELICA RESTREPO LONDOÑO
Coordinador Académico

PARA VERIFICACION: galenosedusalud@gmail.com Tel.3158975011 - 300 6215985

GALENOSEDUSALUD

PROFESIONALES DE LA SALUD EDUCANDO CON CONOCIMIENTO CIENTIFICO

DECRETO 1075 de Mayo 26 de 2015 – Art. 2.6.6.8 Ministerio de Educación Nacional. Reg. Merc. 03128966 Btá D.C. - NIT 19422912-2
Los cursos informales no conducen a titulo profesional o certificado de aptitud ocupacional

PROGRAMA DE CURSOS INFORMALES

HACE CONSTAR QUE :

ADRIANA PATRICIA BRICEÑO BERMEJO

C.C. 1.049.605.499 de Tunja.

Asistió al curso de capacitación y Actualización en:

DETECCIÓN Y CUIDADO AL DONANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Con una intensidad de **60** horas

Bogotá D.C. **Noviembre 10 de 2025**

JESUS GALVAN DORIA
Director General

ANGELICA RESTREPO LONDOÑO
Coordinador Académico

PARA VERIFICACION: galenosedusalud@gmail.com Tel.3158975011 - 300 6215985

GALENOSEDUSALUD

PROFESIONALES DE LA SALUD EDUCANDO CON CONOCIMIENTO CIENTIFICO

DECRETO 1075 de Mayo 26 de 2015 – Art. 2.6.6.8 Ministerio de Educación Nacional. Reg. Merc. 03128966 Btá D.C. - NIT 19422912-2
Los cursos informales no conducen a titulo profesional o certificado de aptitud ocupacional

PROGRAMA DE CURSOS INFORMALES

HACE CONSTAR QUE :

ADRIANA PATRICIA BRICEÑO BERMEJO

C.C. 1.049.605.499 de Tunja.

SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO ACLS - GUÍAS ERC - AHA 2025

Con una intensidad de **80** horas

Bogotá D.C. **Noviembre 01 de 2025**

JESUS GALVAN DORIA
Director General

ANGELICA RESTREPO LONDOÑO
Coordinador Académico

PARA VERIFICACION: galenosedusalud@gmail.com Tel.3158975011 - 300 6215985

GALENOSEDUSALUD

PROFESIONALES DE LA SALUD EDUCANDO CON CONOCIMIENTO CIENTIFICO

DECRETO 1075 de Mayo 26 de 2015 – Art. 2.6.6.8 Ministerio de Educación Nacional. Reg. Merc. 03128966 Btá D.C. - NIT 19422912-2
Los cursos informales no conducen a título profesional o certificado de aptitud ocupacional

PROGRAMA DE CURSOS INFORMALES

HACE CONSTAR QUE :

ADRIANA PATRICIA BRICEÑO BERMEJO

C.C. 1.049.605.499 de Tunja.

Asistió al curso de capacitación y Actualización en:

SOPORTE VITAL BÁSICO

BLS - GUÍAS - AHA - ERC 2025

Con una intensidad de **50** horas

Bogotá D.C. **Noviembre 15 de 2025**

JESUS GALVAN DORIA
Director General

ANGELICA RESTREPO LONDOÑO
Coordinador Académico

PARA VERIFICACION: galenosedusalud@gmail.com Tel.3158975011 - 300 6215985

(61)

54ededef-5414-4c17-831b-61d8b4fbab9f

SOCOMEG

Sociedad Colombiana de Médicos Generales

Certifica que

Adriana Briceño

Completo satisfactoriamente el curso de **Manejo del duelo, la pérdida y el trauma;** El cual otorga 40 créditos para el programa **PRECEMEG** ***(Programa de recertificación medica voluntaria de médicos generales)*** con una duración de 40 horas.

En cumplimiento de la resolución 3100 de 2019

El presente se otorga a solicitud del interesado y es valido por 2 (dos) años a partir de la fecha de expedición.

Se firma de manera digital el día **16 de julio de 2025**

Leonardo Sanchez Pinzon
Presidente de SOCOMEG

Dra. Nanlly Tatiana Veloza
Directora Científica de SOCOMEG

CAMEC
Consejo Colombiano de Acreditacion y Recertificacion Medica de Especialistas y Profesionales Afines

75 Años

CLÍNICA SANTO TOMÁS S.A.
Psiquiatría
Nit: 860001475-1

A QUIEN CORRESPONDA:

Certifico que la doctora **ADRIANA PATRICIA BRICEÑO BERMEJO,** identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.049.605.499 de Tunja, prestó sus servicios en esta Institución bajo la modalidad de Contrato Civil de Prestación de Servicios Profesionales, sin que existiera vínculo laboral, desde el 01 de noviembre de 2018 hasta el 09 de Mayo de 2019. El objeto del contrato fue Médico de turnos.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada a los 13 días del mes de Enéro de 2020.

Atentamente,

CLÍNICA SANTO TOMÁS S.A.

Diana M Palacio

Diana Marcela Palacio
Coordinadora Talento Humano

Dirección: Transversal 3 N 51ª-46, Bogotá
Tel: 2451911 - 2327632 - 2450397

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Los contratos relacionados anteriormente no generaron relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como la presente firma acá plasmada , sera responsabilidad exclusiva del contratista, en los termino de que trata los artículos 286 y S.S. del código penal colombiano

Se expide la presente constancia a solicitud del contratista conforme a la información que reposa en base de datos de la Institución a los veintiocho(28) días del mes de Noviembre de 2024, la cual no tiene fecha de expiración

Atentamente,

Gabriel Ricardo Camacho Arcila
DIRECTOR DE CONTRATACIÓN SUBGERENCIA CORPORATIVA

Copia certificada
Subred Suroccidente

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		
CÓDIGO. TH-F-51	**ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD EN EL MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN-PERSONAL DE PLANTA**	
Versión: 03		**Fecha: 14/11/2023**

De conformidad con los establecido en la Ley 1581 de 2012 (ley de Protección y uso de datos personales) y en la resolución interna 078 de 2017 (Políticas de protección de datos personales), el suscriptor del presente documento, como funcionario de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA y que con ocasión a sus funciones realice operaciones de tratamiento sobre datos personales y en otras informaciones, tales como recolección, almacenamiento, uso, registro, modificación, consulta, circulación o supresión, de los datos almacenados en los archivos físicos, archivos digitales, sistemas de información o bases de datos institucionales; se compromete a mantener la confidencialidad en relación a toda la documentación e información tratada, recibida o consultada y declara que está de acuerdo, incluyendo lo siguiente:

a) Que no se divulgará a terceras personas o instituciones el contenido de cualquier documentación o información, como parte o resultado de los procesos del Hospital, sin previa autorización.
b) Que no se discutirá ni divulgará problemas de la Institución a terceros, salvo los casos previstos de ruptura de la confidencialidad por requerimiento legal debidamente notariado o previa autorización.
c) Que no se permitirá a terceros el manejo de documentación Institucional, que tenga a cargo sin previa autorización.
d) Que no se explotará ni aprovechará en beneficio propio información de la Institución.
e) Que no se conservará fuera de los espacios establecidos por la entidad, documentación que sea de propiedad del Hospital, ni permitirá que se realicen copias no autorizadas de esta información, sin previa autorización.
f) Que no se extraerá información de la institución, si previa autorización.
g) Si existe la posibilidad de participar o ser parte de un proceso donde se involucre al Hospital, en el cual pueda tener algún conflicto de interés, se notificará de inmediato de este hecho y se abstendrá de participar en el proceso.
h) Que no se realizarán comentarios en medio de comunicación, ni se utilizará el nombre de la Institución en medios masivos sin autorización previa de la Gerencia del Hospital.

Declaro haber leído y entendido los términos de este documento de confidencialidad; asumo ética y responsablemente el manejo, consulta y acceso de la información Institucional.

Si por algún motivo faltase a cualquiera de mis compromisos, acepto mi responsabilidad por cada uno de mis actos y sus posibles consecuencias.

Acepto lo plasmado en precedencia y en concordancia con lo anterior, firmo el presente en la Ciudad de Tunja, a los _____ días del mes de_____ del 20_____.

NOMBRE: Adriana Patricia Bocanegra	**FIRMA:**
CARGO: Médico Psiquiatra	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD No.: 1049605.499	

EL SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL TUNJA

NIT 891800231-0

CERTIFICA:

Que una vez revisados los archivos de la **E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA** con **NIT. 891.800.231-0** y de acuerdo a la información suministrada por la oficina de contratación y el archivo de gestión documental, se evidencia que la doctora **ADRIANA PATRICIA BRICEÑO BERMEJO,** identificada con cédula de ciudadanía **No. 1.049.605.499,** suscribió con la **E.S.E** el siguiente Contrato de Prestación de Servicios así:

1). Contrato No. 61 de 2025, (en ejecución), cuyo objeto es **SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRÍA PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA,** por un valor de **CUARENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($47.600.000),** con vigencia del **02 DE ENERO DE 2025 HASTA EL 31 DE AGOSTO DE 2025**, con una adición por valor de **ONCE MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($11.900.000),** prorrogado hasta el **31 DE OCTUBRE DE 2025,** con una segunda prórroga hasta el **31 DE DICIEMBRE DE 2025** y con las siguientes obligaciones especificas:

1). Realizar interconsultas, valoraciones y planes de manejo a pacientes en el servicio de urgencias como especialista en psiquiatría diez (10) horas diarias de lunes a viernes según agendamiento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas.
2). Realización de revista médica, seguimiento a pacientes hospitalizados, interconsulta en los servicios de hospitalización y uci, como especialista en psiquiatría, definiendo planes de manejo; con una jornada de 10 horas diarias diurnas, de lunes a viernes, según listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mimas.
3). Realización de revista médica, seguimiento a pacientes hospitalizados, interconsulta en los servicios de urgencias, hospitalización y UCI, como especialista en psiquiatría, definiendo planes de manejo; con una jornada de 12 horas diarias diurnas, sábados, domingos y festivos, según listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mimas.
4). Participación en Actividades de Gestión Clínica y Administrativa que incluyen: Asistencia y participación en reuniones del equipo primario de medicina de urgencias; desarrollo y recepción de capacitaciones orientadas a mejorar las competencias del equipo; ejecución de actividades vinculadas al cumplimiento del Plan Operativo Anual (POA), contribución a la identificación y mitigación de riesgos según la matriz de riesgo asistencial del servicio; apoyo en la implementación del Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC); realización de las demás actividades asignadas a la especialidad, según las necesidades del servicio.

5). Las demás que por la naturaleza del contrato sean asignadas para la correcta prestación del servicio.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado y la información contenida es la registrada en los documentos contractuales.

La presente se expide a los diecisiete (17) días del mes de diciembre de dos mil veinticinco (2025).

VICTOR MANUEL SANCHEZ VARGAS
Subgerente Administrativo y Financiero

Revisó: Yamid Cecilia Pinilla Pinilla (Coordinadora área de contratación)
Proyectó: Yuli Ropero (Tecnólogo Administrativo Contratación).

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		
CÓDIGO: C-F-10	**FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE Y/O CONTRAPARTE**	HOSPITAL UNIVERSITARIO San Rafael de Tunja
Versión: 05	**(Sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva LA/FT/PADM)**	**Fecha: 26/08/2024**

Fecha 5/12/2025 **Ciudad** Tunja **Departamento** Boyacá

La información reportada es confidencial y dará cumplimiento la Circular Externa 009 de 2016 y 202117000000055 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud y sus modificatorios. Diligenciar todos los campos sin enmiendas ni tachaduras.

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)

PROVEEDOR	☐	EMPLEADO	☐	CONTRATISTA OPS	☒
SERVIDOR PUBLICO	☐	TERCERIZADOS	☐	TEMPORAL	☐
JUNTA DIRECTIVA	☐	OTRO	☐	CUAL _____	

1. PERSONA NATURAL

(El Rep. Legal deberá diligenciar ítem de persona natural)

NACIONAL [Colombiana] EXTRANJERA [ ] PUBLICA [ ] PRIVADA [ ] MIXTA [ ]

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Adriana Patricia Briceño Bermejo

TIPO DE IDENTIFICACION	C.C.	C.E.	T. I	FECHA DE EXPEDICIÓN
	X			03-enero-2005

NUMERO DE IDENTIFICACION: 1.049.605.499 LUGAR DE EXPEDIDA: Tunja

FECHA DE NACIMIENTO: 10-Diciembre-1986 LUGAR DE NACIMIENTO: Tunja

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Calle 12c 71b 40 NUMERO DE TELEFONO:

NUMERO DE CELULAR: 3115859135 E-MAIL: Adrianapatriciabb@gmail.com

DETALLE DE LA ACTIVIDAD

ASALARIADO [ ] INDEPENDIENTE [X] ESTUDIANTE [ ] SOCIO [ ] PENSIONADO [ ]

ACTIVIDAD "CIIU" [ ] ***Opcional**

OCUPACIÓN / PROFESIÓN	NOMBRE DE LA EMPRESA	CARGO QUE DESEMPEÑA
Xxxx Médico especialista en Psiquiatría	Hospital universitario San Rafael de Tunja	Médico psiquiatra

DIRECCIÓN EMPRESA	CIUDAD	NUMERO TELEFONO	E-MAIL
Av colon 27 87	Tunja	7405030	

2. PERSONA JURIDICA

(El Rep. Legal deberá diligenciar ítem de persona natural)

RAZON SOCIAL: NIT:

DIRECCIÓN OFICINA PRINICPAL	CIUDAD	NUEMERO TELÉFONO	**FAX**

DIRECCIÓN SUCURSAL O AGENCIA	CIUDAD	NUMERO TELÉFONO	**FAX**

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

TIPO DE EMPRESA	PUBLICA		PRIVADA		MIXTA		EXTRANJERA	
OTRA. CUAL?			CÓDIGO ACTIVIDAD "CIIU"					

3. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MÁS ESPACIO ANEXAR RELACIÓN DE CONFORMIDAD AL PRESENTE CUADRO
*** Se debe diligenciar por la persona jurídica caso aplique.**

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE IDENTIFICACION
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	

4. INFORMACIÓN FINANCIERA
*** Campo Obligatorio**

TOTAL ACTIVOS	$ 450.000.000	TOTAL, PASIVOS	$ 150.000.000
INGRESOS MENSUALES	$ 10.000.000	OTROS INGRESOS	$
EGRESOS MENSUALES	$ 7.000.000	OTROS EGRESOS	$
CONCEPTO DE LOS INGRESOS	Actividad profesional		

5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES
*** Campo Obligatorio**

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI ☐ NO ☒

TIPO DE TRANSACCIÓN: IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ INVERSIONES ☐ PRÉSTAMOS ☐ TRANSFERENCIAS ☐

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

6. PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE (PEP)
*** Campo Obligatorio**

¿POR SU CARGO MANEJA RECURSOS PÚBLICOS?	SI ☐	NO ☒
¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO GENERAL?	SI ☐	NO ☒
¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA?	SI ☐	NO ☒
¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS O GRUPO DE PAISES?	SI ☐	NO ☒

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? **SI** [ ] **NO** [X]

SI SU RESPUESTA ES SÍ EN ALGUNA PREGUNTA, FAVOR EXPLIQUE LA RAZÓN:

7. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CENTRALES DE RIESGO*

*** Campo Obligatorio**

DECLARO EXPRESAMENTE QUE:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc): Ocupación
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del Marco Legal y los recursos que poseo no provienen de actividades Ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
4. De manera irrevocable autorizo a la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA, consultar en base de datos la información contenida en este formulario.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos o actividades terroristas.

8. INFORMACIÓN BANCARIA

*** Campo Obligatorio**

ENTIDAD	SUCURSAL Y/O TELEFONO	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA
Bancolombia	Tunja unicentro	Ahorros	882-741405-55
XXX	XXX	XX	XX

9. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA y VERAZ EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL SIGUIENTE DOCUMENTO:

Adriana Patricia Briceño Bermejo

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA REPRESENTANTE LEGAL DEL CLIENTE /CONTRAPARTE

C.C. No 1.049.605.499

HUELLA INDICE DERECHO

Sandra Liliana Olaya Romero

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE QUIEN RECEPCIONA

C.C. No 40043714

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

INSTRUCTIVO DEL DILIGENCIAMIENTO DE FORMULARIOS DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE Y/O CONTRAPARTE (SARLAFT/PADM)

OBJETIVO:

Diligenciar oportuna y correctamente el formulario de conocimiento del cliente y/o contraparte - **(SARLAFT/PADM**, en letra manuscrita o computador con firma y huella de quien se registra la información, fortaleciendo los controles del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo – SARLAFT/PADM del Hospital.

1. Diligenciar fecha de suscripción del formato.
2. Diligenciar Clase Tipo de Vinculación (MARCA CON X).
3. La persona natural deberá diligenciar el numeral 1. Se deberá tener en cuenta que si se trata de persona jurídica el representante legal diligenciará de manera completa cada una de casillas establecidas en este numeral.
4. La persona natural o el representante legal si es persona jurídica deberá diligenciar el numeral 1 respecto de las casillas: Si es nacional, extranjera, publica, privada o mixta; nombre y apellidos completos; tipo de identificación y la fecha de expedición; número de identificación y el lugar de expedición dirección de residencia, número de teléfono; número de celular, E-MAIL; detalle de la actividad si es asalariado, independiente, estudiante, socio, pensionado, actividad CIIU como campo opcional, diligenciar la ocupación / profesión, nombre de la empresa, cargo que desempeña, dirección empresa, ciudad de la empresa, teléfono de la empresa, email de la empresa.
5. Se debe diligenciar el numeral 2 si se trata de Persona Jurídica precisando que (El Rep. Legal deberá diligenciar ítem de persona natural). Se debe diligenciar de manera completa los campos correspondientes a la razón social de la persona jurídica, NIT, dirección de la oficina principal de la persona jurídica
6. Diligenciar la ciudad de la oficina principal de la persona jurídica
7. Diligenciar el número de teléfono de la oficina principal de la persona jurídica
8. Diligenciar el numero de fax de la oficina principal
9. Diligenciar la dirección sucursal o agencia de la persona jurídica
10. Diligenciar la ciudad de la sucursal o agencia
11. Diligenciar el número de teléfono de la sucursal o agencia
12. Diligenciar el número de fax de la sucursal o agencia
13. Diligenciar el tipo de empresa, si es publica, privada, mixta y extranjera otra o cual?.
14. Diligenciar el código de la actividad "CIIU" de la persona jurídica.
15. Diligenciar el numeral 3 correspondiente a "IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN", en caso de requerir más espacio anexar relación de conformidad al presente cuadro, este campo * Se debe diligenciar por la persona jurídica caso aplique, e indicar información relacionada con la razón social o nombre completo, tipo de identificación y número de identificación
16. Diligenciar como campo obligatorio el numeral 4 relacionado con la "INFORMACIÓN FINANCIERA" indicación del total activos, ingresos mensuales, egresos mensuales, total, pasivos, otros ingresos, otros egresos y concepto de los ingresos.
17. Diligenciar como campo obligatorio el numeral 5 "ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES", ¿respecto a la información asociada a "realiza transacciones en moneda extranjera?" si o no, tipo de transacción: "importación, exportación, inversiones, préstamos y transferencias; tipo de producto identificación, entidad, monto, ciudad, país y moneda.
18. Diligenciar como campo obligatorio el numeral 6 "PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE (PEP)" teniendo en cuenta las preguntas cuya respuesta es sí o no: ¿por su cargo maneja recursos públicos?, ¿por su actividad u oficio, goza de reconocimiento general?, ¿existe algún vínculo entre usted y una persona públicamente expuesta?, ¿es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?, ¿por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Si se presenta en alguna respuesta sí, favor explicar la razón.
19. Diligenciar como campo obligatorio el numeral 7 "DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CENTRALES DE RIESGO" respecto a "Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc). señalar la fuente de esos recursos.
20. Diligenciar como campo obligatorio el numeral 8 "INFORMACIÓN BANCARIA", describir la entidad, sucursal y/o teléfono, tipo de cuenta y numero de la cuenta".
21. Diligenciar como campo obligatorio el numeral 9 "FIRMA Y HUELLA" , indicando el nombre completo con la firma del representante legal, cedula de ciudadanía, y huella.

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD