



ARMADA NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL

PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS PARA CONTRATACIÓN DE PERSONAL  
EN LA MODALIDAD PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 8.0

Fecha: 12/01/2022

Página: 1 de 2

NOMBRE COMPLETO:

Daniel Antoni Peña

IDENTIFICACIÓN:

80.274.275

OBJETO CONTRATO:

Auxiliar de Enfermería

Nº	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN	OBSERVACIÓN
1	Señal de Talento Humano para SAF remitiendo los documentos para el contrato e informando: -No hay personal de planta para cubrir la necesidad actual -Cumple con la idoneidad o experiencia requerida -Estado del estudio seguridad del aspirante a contratar, en caso de estar en trámite se debe informar a SAF el resultado final		
2	Estudio Previo acuerdo formato establecido proceso Gestión Contractual		
3	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP)		
4	Solicitud de Oferta acuerdo formato establecido proceso Gestión Contractual		
5	Formato Único Hoja de Vida Persona Natural - Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), actualizada e impresa desde el SIGEP ( <a href="http://www.sigep.gov.co">www.sigep.gov.co</a> )	✓	
6	Fotocopia de Certificaciones de Experiencia Laboral acuerdo Tipo de labor (Resolución No. 1684 del 30 de Diciembre de 2021 Dirección General de Sanidad Militar DIGSA.)	✓	
7	Formato Único de Declaración de Bienes y Rentas – Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP)	✓	
8	Fotocopia Cédula de Ciudadanía (ambos lados)	✓	
9	Fotocopia Libreta Militar (Si aplica)	✓	
10	Certificado de Antecedentes Judiciales Policía Nacional con fecha de expedición no superior a 30 días ( <a href="http://www.antecedentes.policia.gov.co">www.antecedentes.policia.gov.co</a> )	✓	
11	Certificado de Consulta de inhabilidades delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años, con fecha de expedición no superior a 30 días ( <a href="http://www.inhabilidades.policia.gov.co">www.inhabilidades.policia.gov.co</a> ). (Acuerdo Ley 1918 de 2018 el certificado aplica para el personal asistencial que realiza atención a menores de edad).	✓	
12	Consulta del Registro Nacional de Medidas Correctivas de la Policía Nacional ( <a href="http://www.policia.gov.co">www.policia.gov.co</a> – módulo" Consulta de Medidas Correctivas CNPC) Ley 1801-29 Julio/16. no superior a 30 días	✓	
13	Certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación, con fecha de expedición no superior a 30 días ( <a href="http://www.procuraduria.gov.co">www.procuraduria.gov.co</a> )	✓	
14	Certificado del Boletín de Responsabilidad Fiscal expedido por la Contraloría General de la República, con fecha de expedición no superior a 30 días ( <a href="http://www.contraloria.gov.co">www.contraloria.gov.co</a> )	✓	
15	Fotocopia Diploma Bachiller o Acta de Grado.	✓	
16	Fotocopia Diploma o Acta de Estudios Técnicos y/o Tecnológicos. (Obligatorio para todos los aspirantes prestación de servicios técnicos y/o tecnológicos)	✓	
17	Fotocopia Diploma o Acta de Grado Estudios Profesionales. (Obligatorio para todos los aspirantes prestación de servicios profesionales)	N/A	
18	Fotocopia Diploma o Acta de Grado de Especialización. (Obligatorio para todos los aspirantes prestación servicios profesionales especializados)	N/A	
19	Fotocopia Tarjeta Profesional (acuerdo a las profesiones que aplique).	N/A	
20	<b>Certificado de Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (ReTHUS).</b> (Si Aplica) <i>Nota: "Para el ejercicio de las profesiones y de las ocupaciones del área de la salud no se requieren registros, inscripciones, licencias, autorizaciones, tarjetas o cualquier otro requisito diferente al ReTHUS. Por lo anterior resulta improcedente exigir o realizar inscripciones departamentales diferentes a la del ReTHUS, que, como su nombre lo indica, es un registro único y nacional.</i>	✓	
21	Los técnicos y/o tecnólogos de la salud deberán aportar <b>Fotocopia de la Resolución o Acto Administrativo</b> expedido por la Secretaria de Salud donde se autorice el ejercicio de la aptitud ocupacional del área de la salud correspondiente. (Aplica para el personal asistencial que no requiere ReTHUS). <i>Nota: El talento humano en salud que debe inscribirse para el ReTHUS a nivel técnico y tecnológico en los siguientes programas: Auxiliar de administrativo en salud, Auxiliar de enfermería, Auxiliar en salud oral, Auxiliar en salud pública, Auxiliar en servicios farmacéuticos, Técnico profesional en atención pre-hospitalaria, Técnico profesional en citohistología, Tecnología en atención pre hospitalaria, Tecnología en citohistología, Tecnología en regencia de farmacia, Tecnología en manejo de fuentes abiertas de uso diagnóstico y terapéutico, Tecnología en radiodiagnóstico y radioterapia, Tecnología en radiología e imágenes diagnósticas y Tecnología en radioterapia.</i>	✓	



REGISTRO CONTROLADO SGC DISAN



ARMADA NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL

PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS PARA CONTRATACIÓN DE PERSONAL  
EN LA MODALIDAD PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 8.0

Fecha: 12/01/2022

Página: 2 de 2

Nº	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN	OBSERVACIÓN
22	Fotocopia Certificado del Curso de Atención de Víctimas de Violencia Sexual Vigente (Aplica para el personal asistencial de los servicios de consulta externa, atención prioritaria, urgencias y hospitalización).	✓	
23	Fotocopia Certificado del Curso de Atención de Víctimas de Ataques con Agentes Químicos Vigente (Aplica para el personal de traslado asistencial y servicio de urgencias).	✓	
24	Fotocopia Certificado Capacitación Protección Radiológica Vigente (Resolución 482 de 2018) Personal Médicos Radiólogos, Odontólogos, Técnicos de RX e Imágenes Diagnósticas, Auxiliares de Odontología.	N/A	
25	Fotocopia Certificado de Entrenamiento en Soporte Vital Básico BLS Vigente (Aplica para el personal de Médicos Generales, Enfermeras Profesionales, Auxiliares de Enfermería del servicio de urgencias y traslado asistencial básico).	✓	
26	Fotocopia Certificado de Entrenamiento en Soporte Vital Avanzado ACLS (mínimo 48 horas) Vigente (Aplica para el personal Médicos Generales, Enfermería Profesional y Tecnólogo del servicio de traslado asistencial medicalizado y servicio de urgencias).	✓	
27	Fotocopia Certificado de Entrenamiento en Soporte Vital Avanzado Pediátrico (SAVP-PALS) (mínimo 48 horas) Vigente (Aplica para el personal Médico manejo de pacientes pediátricos con urgencias respiratorias, choque y paro cardiorrespiratorio).	N/A	
28	Fotocopia Certificado AIEPI Clínico Comunitario Vigente. (Para el siguiente personal que realizará atención en salud infantil: Médicos – Enfermera Profesional - Auxiliar Enfermería en la atención de la Ruta Materno Perinatal y Atención momento curso de vida primera infancia).	N/A	
29	Fotocopia Certificado Capacitación Primeros Auxilios Vigente (mínimo 40 horas). (Aplica para personal Conductores de Ambulancias TAB y TAM en los ESM).	N/A	
30	Fotocopia Certificado Entrenamiento Específico en Unidad de Cuidado Intensivo vigente. (Aplica para el personal de Médicos Generales, Médicos Anestesiólogos, Médicos Cirujanos Generales, Enfermeras Profesionales, Terapeutas Respiratorios, Nutricionistas y Auxiliares de Enfermería, que realizan turnos en Unidad de Cuidado Intensivo).	N/A	
31	Fotocopia Certificado de formación en el manejo de la gestión pre-transfusional vigente. (Aplica para Bacteriólogo del Servicio Transfusión Sanguínea HONAC)	N/A	
32	Fotocopia Certificado Capacitación Toma de Citología de Cuello Uterino vigente (Aplica para el personal asistencial que realice toma de citologías Cuello Uterino)	N/A	
33	Certificado formación manejo del dolor y cuidado paliativo vigente (Aplica al personal asistencial del manejo del dolor y paliativos que no cuenta con la especialización).	N/A	
34	Certificado gestión del duelo vigente (Aplica al personal asistencial que labora en atención del parto cuidados intensivos adultos cuidados intermedio- neonatal- pediátrico HONAC).	N/A	
35	Fotocopia de certificado de formación en el Programa Ampliado de Inmunizaciones vigente (Personal asistencial del servicio de vacunación).	N/A	
36	Fotocopia certificado de formación para la atención y tratamiento en salud mental vigente (Personal asistencial del servicio de hospitalización en salud mental HONAC).	N/A	
37	Certificación de Afiliación como independiente EPS con fecha de expedición no superior a 30 días.	✓	
38	Certificación de Afiliación como independiente a la Administradora de Pensiones, con fecha de expedición no superior a 30 días.	✓	
39	Copia del Carnet de Vacunación del aspirante (Verificación Esquema Vacunación acuerdo Tipo de Labor Personal avalado por el Área de Vacunación y SST acuerdo Procedimiento Requisitos de Vacunación acuerdo Labor Personal DIGSA Código: MDN-COGFM-PTOATH-DIGSA-PT-95.1-18-V3) Verificación ( <a href="http://www.PAI.web">www.PAI.web</a> (A Nivel Nacional) – <a href="http://www.PAI2.0">www.PAI2.0</a> (Bogotá D.C.)	✓	
40	Exámenes Ocupacionales de Ingreso del aspirante acuerdo Tipo de Labor avalado por SST.	✓	
41	Fotocopia Registro Único Tributario (RUT) Persona Natural	✓	
42	Fotocopia de Certificación Bancaria con fecha de expedición no superior a 30 días.	✓	
43	Fotocopia de formato datos básicos beneficiario cuenta SIIF diligenciado.	✓	
44	Verificación Estudio de seguridad (Concepto Favorable) Sin excepción para todo contratista.	✓	

Nota: Los documentos que NO se requieran para el objeto a contratar, registrar "No Aplica" en la Columna de Verificación.

03 Arango Cuethyan	CF Edison Paez
Grado y Nombre del Funcionario STH que verifica documentos	Grado y Nombre del Subdirector Talento Humano o Jefe Personal DISAN/ESM

Ciudad y fecha de verificación: Bogotá - 31/12/25



REGISTRO CONTROLADO SGC DISAN



# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ANTURI		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) PEÑA		NOMBRES DANIEL	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 80214275			GÉNERO F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input checked="" type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>			NÚMERO 80214275		D.M. 52
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DÍA 25 MES 07 AÑO 1984			DIAGONAL 46A SUR 26A 60 APARTAMENTO 505		
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ. D.C.		
DEPTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.		
MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.			TELÉFONO 7618818		EMAIL antury2507@hotmail.com

2

### FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BASICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2003

**EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X			07	2010	80214275

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
CENCAdent	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	18000	X		TECNICO LABORAL EN AUXILIARES DE ENFERMERIA	11	2003
centro de capacitaciones AMPJ SALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		Soporte Vital Basico	11	2024
centro de capacitaciones AMPJ SALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		Soporte Vital Cardiovascular Avanzado	11	2024
centro de capacitaciones AMPJ SALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		atencion integral a victimas de violencia sexual y de genero	11	2024
VITAL HEALTH SUPPORT	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		Atencion Integral en Salud a victimas de Ataques con Agentes Quimicos	10	2025

**4 IDIOMAS**

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

**5 EXPERIENCIA LABORAL**

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																				
EMPRESA O ENTIDAD GLOBAL LIFE AMBULACIAS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA												
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD												
TELÉFONOS 6722844			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO												
			Día		06	Mes		01	Año		2017	Día		07	Mes		10	Año		2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA AMBULAN			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CALLE 163 16C 62												

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

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:
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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

**FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI  NO  ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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 Bogotá - 20/Dic/25  
Daniel Antory

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

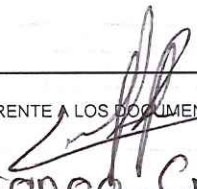
FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**  
Persona Natural  
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

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.

Bogotá - 29/12/25  
Ciudad y fecha

  
Oscar Arango Cuothyan  
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

**LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS  
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E  
NIT: 900959051-7**

**SE INFORMA QUE:**

El (la) señor(a) DANIEL ANTURI PEÑA, identificado(a) con CC. No. 80214275, presta sus servicios de manera personal y autónoma en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

**Contrato PS 8079 2021:**

**Fecha Inicio: 18/11/2021**

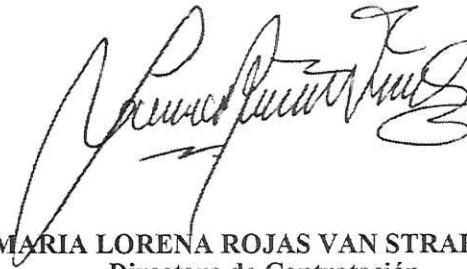
**Fecha Terminacion: 25/08/2024**

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR ENFERMERÍA II DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 2808992-2021 "APH"

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 12 de Agosto de 2024.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3045952563, via correo electronico a certificacionesops@subredcentrooriente.gov.co o dirigirse a la Diagonal 34 # 5-27, oficina de Contratación OPS

Cordialmente,



**MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN**  
Directora de Contratación  
**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**

*La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como de la presente firma acá plasmada, será responsabilidad exclusiva del contratista, en los términos de que tratan los Artículos 286 y S.S. del Código Penal Colombiano)*

*Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión de este documento y que la información ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.*

Responsables: Isabel Jiménez – Técnico administrativo  
Nubia Sánchez Valencia – Secretaria  
Revisó: Maria Lorena Rojas Van Strahlen - Directora de Contratación



**LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS  
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E  
NIT: 900959051-7**

***SE INFORMA QUE:***

El (la) señor(a) DANIEL ANTURI PEÑA, identificado(a) con CC. No. 80214275, prestó sus servicios de manera personal y autónoma en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

**Contrato PS 5807 2024:**

**Fecha Inicio: 10/12/2024      Fecha Terminación: 08/01/2025      Valor Contrato: \$2.011.404**

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 7120405-2024 CONVENIO APH

1. Prestar servicios como auxiliar de enfermería para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente.
2. Estar presente en el momento de las entrega y recibos de turno registrando las novedades correspondientes, en el marco de un ejercicio de articulación para el desarrollo del objeto.
3. Garantizar el adecuado diligenciamiento de la Historia Clínica del Programa de Atención Pre hospitalaria según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica.
4. Dar respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atención dado por la dirección Centro regulador de Urgencias y Emergencias (DUES), garantizando la oportunidad y continuidad de la atención durante los procesos de atención, cumpliendo con los procedimientos guías y protocolos de la Centro Oriente para la atención de pacientes en el programa de atención Pre hospitalaria.
5. Cumplir con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, además de el de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando, salvaguardando y garantizando el uso adecuado de cada uno de los equipos biomédicos asignados al Programa de Atención Pre hospitalaria.
6. Dar un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet.) asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades, así como garantizar el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder de la unidad funcional o con quien ella designe.
7. Verificar el alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE.
8. Portar de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.
9. Garantizar el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.
10. Implementar las listas de chequeo para monitorización y seguridad del paciente en cuanto limpieza y desinfección de los vehículos de emergencia.
11. Realizar informe y registro oportuno de datos críticos.
12. Efectuar reporte y registro de sucesos de seguridad.
13. Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.
14. Dar trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.
15. Cumplir con disposiciones respectivas de seguridad del



paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades. 16. Garantizar la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o aseguradora. 17. Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. 18. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución. 19. Controlar el adecuado uso de los elementos de protección personal y bioseguridad. 20. Tramitar mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de "informe y cuenta de cobro", "cuenta de cobro Word" y "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de sus respectivos honorarios. 21. Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 7120405-2024 "APH" dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato

---

**Contrato PS 4635 2024:**

**Fecha Inicio: 26/08/2024**

**Fecha Terminacion: 08/12/2024**

**Valor Contrato: \$7.591.428**

**Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 6677277-2024 "APH".**

1. Prestar servicios como auxiliar de enfermería para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente. 2. Estar presente en el momento de las entrega y recibos de turno registrando las novedades correspondientes, en el marco de un ejercicio de articulación para el desarrollo del objeto. 3. Garantizar el adecuado diligenciamiento de la Historia Clínica del Programa de Atención Pre hospitalaria según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica. 4. Dar respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atención dado por la dirección Centro regulador de Urgencias y Emergencias (DUES), garantizando la oportunidad y continuidad de la atención durante los procesos de atención, cumpliendo con los procedimientos guías y protocolos de la Centro Oriente para la atención de pacientes en el programa de atención Pre hospitalaria. 5. Cumplir con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, además de el de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando, salvaguardando y garantizando el uso adecuado de cada uno de los equipos biomédicos asignados al Programa de Atención Pre hospitalaria. 6. Dar un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet.) asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades, así como garantizar el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder de la unidad funcional o con quien ella designe. 7. Verificar el alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE. 8. Portar de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E. 9. Garantizar el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. 10. Implementar las listas de chequeo para monitorización y seguridad del paciente en cuanto limpieza y desinfección de los vehículos de emergencia. 11. Realizar informe y registro oportuno de datos críticos. 12. Efectuar reporte y registro de sucesos de seguridad. 13. Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades., 14. Dar trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual. 15. Cumplir con disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las



actividades. 16. Garantizar la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o aseguradora. 17. Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. 18. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución. 19. Controlar el adecuado uso de los elementos de protección personal y bioseguridad. 20. Tramitar mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de "informe y cuenta de cobro", "cuenta de cobro Word" y "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de sus respectivos honorarios. 21. Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del CONVENIO 6677277-2024 2808992-2021 "APH" dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.

---

**Contrato PS 8079 2021:**

**Fecha Inicio: 18/11/2021      Fecha Terminación: 25/08/2024      Valor Contrato: \$60.562.430**

**Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR ENFERMERÍA II DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 2808992-2021 "APH"**

1. Prestar servicios como auxiliar de enfermería para la Unidad Funcional de Atención Pre-hospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente 2 Estar presente en el momento de las entrega y recibos de turno registrando las novedades correspondientes, en el marco de un ejercicio de articulación para el desarrollo del objeto. 3. Garantizar el adecuado diligenciamiento de la Historia Clínica del Programa de Atención Pre hospitalaria según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica. 4. Dar respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atención dado por la dirección Centro regulador de Urgencias y Emergencias (DUES), garantizando la oportunidad y continuidad de la atención durante los procesos de atención, cumpliendo con los procedimientos guías y protocolos de la Centro Oriente para la atención de pacientes en el programa de atención Pre hospitalaria. 5. Cumplir con el procedimiento de entrega y recibo de programación de de actividades, con registro de novedades, además del de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando ya y salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados a las del Programa de Atención Pre hospitalaria . 6. Dar un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet.) asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades, así como garantizar el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder de la unidad funcional o con quien ella designe. 7. Verificar el alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE. 8. Portar de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E. 9. Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. 10. Aplicación de listas de e chequeo para monitorización y seguridad del del paciente en cuanto limpieza y desinfección de los vehículos de emergencia. 11. Informe y registro oportuno de datos críticos. 12. Reporte y registro de sucesos de seguridad. 13. Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos , protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades 14. Trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual. 15 Cumplir con disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades. 16. Garantizar la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o



actividades. 16. Garantizar la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o aseguradora. 17. Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. 18. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución. 19. Controlar el adecuado uso de los elementos de protección personal y bioseguridad. 20. Tramitar mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de "informe y cuenta de cobro", "cuenta de cobro Word" y "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de sus respectivos honorarios. 21. Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del CONVENIO 6677277-2024 2808992-2021 "APH" dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.

---

**Contrato PS 8079 2021:**

**Fecha Inicio: 18/11/2021**

**Fecha Terminacion: 25/08/2024 Valor Contrato: \$60.562.430**

**Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR ENFERMERÍA II DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 2808992-2021 "APH"**

1. Prestar servicios como auxiliar de enfermería para la Unidad Funcional de Atención Pre-hospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente 2 Estar presente en el momento de las entrega y recibos de turno registrando las novedades correspondientes, en el marco de un ejercicio de articulación para el desarrollo del objeto. 3. Garantizar el adecuado diligenciamiento de la Historia Clínica del Programa de Atención Pre hospitalaria según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica. 4. Dar respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atención dado por la dirección Centro regulador de Urgencias y Emergencias (DUES), garantizando la oportunidad y continuidad de la atención durante los procesos de atención, cumpliendo con los procedimientos guías y protocolos de la Centro Oriente para la atención de pacientes en el programa de atención Pre hospitalaria. 5. Cumplir con el procedimiento de entrega y recibo de programación de de actividades, con registro de novedades, además del de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando ya y salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados a las del Programa de Atención Pre hospitalaria . 6. Dar un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet.) asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades, así como garantizar el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder de la unidad funcional o con quien ella designe. 7. Verificar el alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE. 8. Portar de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E. 9. Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. 10. Aplicación de listas de e chequeo para monitorización y seguridad del del paciente en cuanto limpieza y desinfección de los vehículos de emergencia. 11. Informe y registro oportuno de datos críticos. 12. Reporte y registro de sucesos de seguridad. 13. Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos , protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades 14. Trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual. 15 Cumplir con disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades. 16. Garantizar la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o



aseguradora, 17. Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. 18 Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución, 19. Controlar el adecuado uso de los elementos de protección personal y bioseguridad. 20 Tramitar mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales", "formato en Word de cuenta de cobro", para el pago de sus respectivos honorarios 21. Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 2808992-2021 "APH" dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato.

**Contrato PS 7356 2021:**

**Fecha Inicio: 01/10/2021      Fecha Terminación: 15/11/2021      Valor Contrato: \$2.850.174**

**Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR ENFERMERÍA II DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 2808992-2021 "APH"**

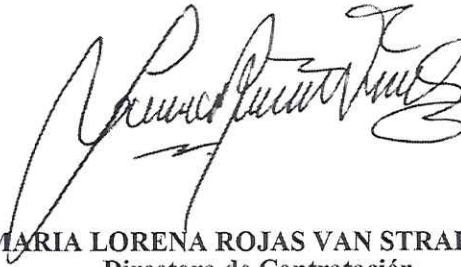
1. Estar presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes. 2. Participar en la actualización documental del servicio. 3. Garantizar que los tiempos asignados para las desinfecciones terminales y rutinarias de los vehículos de emergencia. 4. Garantizar que la entrega de los insumos no exceda los tiempos autorizados por el CRUE. 5. Verificar el alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE. 6. Desarrollar las actividades programadas, en los horarios asignados, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Centro Oriente sin que estas superen las 12 horas continuas. 7. Portar de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que lo acredita como colaborador de la Subred Centro Oriente E.S.E. 8. Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. 9. Aplicación de listas de chequeo para monitorización y seguridad del paciente en cuanto los protocolos de limpieza y desinfección de los vehículos de emergencia. 10. Informe y registro oportuno de datos críticos. 11. Reporte y registro de sucesos de seguridad. 12. Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades. 13. Trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo. 14. Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades. 15. Garantizar la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o aseguradora. 16. Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. 17. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución. 18. Controlar el adecuado uso de los elementos de protección personal y bioseguridad. 19. Tramitar mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales", "formato en word de cuenta de cobro", para el pago de sus respectivos honorarios. 20. Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato. 21. Actividades desarrolladas dentro de la ejecución del convenio 2808992 - 2021 "APH".

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 18 de Enero de 2025.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3045952563, via correo electronico a [certificacionesops@subredcentrooriente.gov.co](mailto:certificacionesops@subredcentrooriente.gov.co) o dirigirse a la Diagonal 34 # 5-27, oficina de Contratación OPS



Cordialmente,



**MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN**  
Directora de Contratación  
**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**

*Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión de este documento y que la información ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.*

Responsables: Isabel Jiménez – Técnico administrativo  
Nubia Sánchez Valencia – Secretaria  
Revisó: María Lorena Rojas Van Strahlen - Directora de Contratación



Tipo de declaración  Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DANIEL		ANTURI	PEÑA

Documento de identificación  
Tipo  Número

Lugar de nacimiento  
País  Departamento  Municipio

Lugar de domicilio  
País  Departamento  Municipio

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

Lugar de sede  
País  Departamento  Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

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

### 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

#### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$25.092.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$0,00
Gastos de representación	\$0,00
Arriendos	\$120.000,00
Honorarios	\$0,00
Otros ingresos y rentas	\$0,00
TOTAL	\$25.212.000,00

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

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

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí  No

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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:

--



**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACIÓN PERSONAL**  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **80.214.275**

**ANTURI PEÑA**

APELLIDOS

**DANIEL**

NOMBRES

*Daniel Anturi Peña.*

FIRMA







INDICE DERECHO

25-JUL-1984

FECHA DE NACIMIENTO  
**BOGOTA D.C**  
(CUNDINAMARCA)

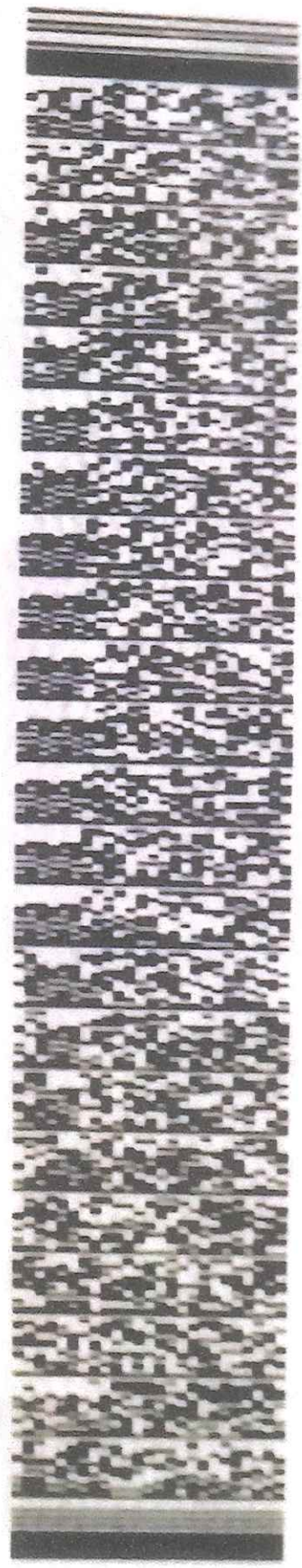
LUGAR DE NACIMIENTO  
**1.67** **A+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

**14-AGO-2002 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

*[Signature]*  
REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1500150-00855590-M-0080214275-20161014 0051833234A 1 1514110915



**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJÉRCITO NACIONAL**



**COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS**

**EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO**

**CERTIFICA**

Que el señor DANIEL ANTURI PEÑA identificado con Cédula de Ciudadanía No. 80214275, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre: DANIEL  
Segundo Nombre:  
Primer Apellido: ANTURI  
Segundo Apellido: PEÑA  
Tipo Documento: Cédula de Ciudadanía  
Número Documento: 80214275  
Clase Libreta Militar: Primera Clase

**ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA  
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR  
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR**

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 8 días del mes de Octubre de 2025, a las 6:19:20 PM.

Cordialmente,

CR. JUAN MAURICIO DÍAZ SÁNCHEZ

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix

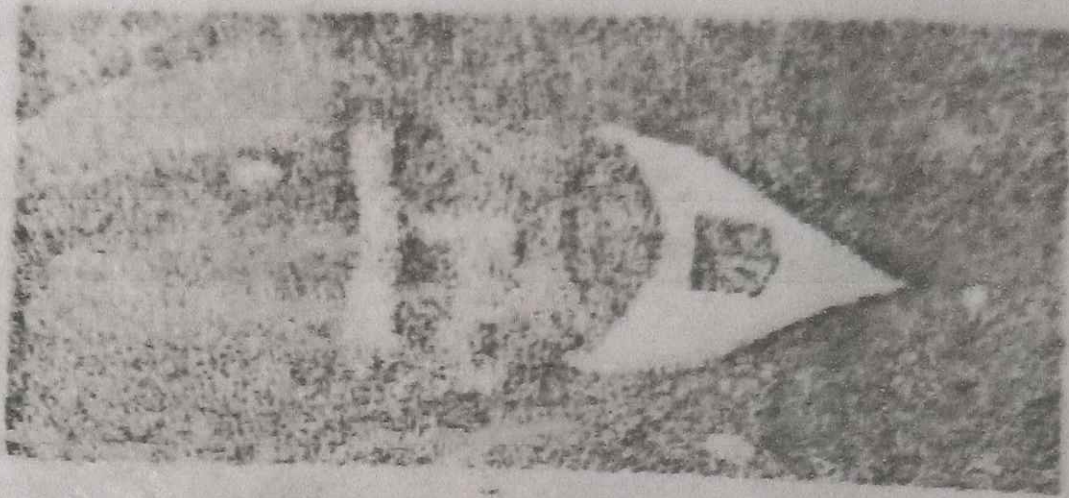


**PATRIA HONOR LEALTAD**

COMANDO DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO  
Cra. 11 B No. 104ª-64 (601) 4261420 Bogotá D.C- Colombia







201

REPUBLICA DE CHILE  
SERVICIO NACIONAL DE  
DESARROLLO REGIONAL

80214275

PERTENECE A LA RESERVA DE

LA LINEA 2A LINEA 4024

2014

APELLIDOS Y NOMBRES  
ANTURI PEÑA

DANIEL

BPM12

P.M.

EMPLEADO

PROFESION





### Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:39:44 PM horas del 30/12/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 80214275

Apellidos y Nombres: ANTURI PEÑA DANIEL

**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.

[Volver al Inicio](#)



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



Presidencia de la República



Ministerio de Defensa Nacional



Portal Único de Contratación

GOV.CO



**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 17:41:05 horas del 30/12/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 80214275,  
Apellidos y Nombres **ANTURI PEÑA DANIEL**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ARMADA NACIONAL**, con NIT 901541302-9 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>





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, 30/12/2025 05:42:02 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **80214275** y Nombre: **DANIEL ANTURI PEÑA.**

### 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. **131500172** . 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

Información

515 9000

**Dios y  
Patria**

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

**COLOMBIA  
POTENCIA DE LA  
VIDA**

GOV.CO



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES  
CERTIFICADO ORDINARIO  
No. 287232527



PIB  
17:42:34  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 30 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) DANIEL ANTURI PEÑA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80214275:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>



OLGA LUCIA TIBOCHA CORTES  
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (E)

ATENCIÓN :

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.





CONTRALORÍA  
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 30 de diciembre de 2025, a las 17:43:25, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	80214275
Código de Verificación	80214275251230174325

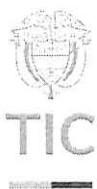
Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

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





**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 80214275 **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 22/12/2025 05:50 PM



Código Verificación: RZ265EAXS8

Válida hasta: 22/03/2026

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC**





La República de Colombia  
y en su nombre el  
Colegio

“Vasco Núñez de Balboa”

Bogotá, D.C.

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.  
según Resolución N° 7562 del 24 de Noviembre de 1998

Confiere a:

**Daniel Antury Peña**

Identificado (a) con T.I. N° 860520-31925 de Bogotá

El Título de  
**Bachiller Académico**

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de  
Educación Media Académica, Artículo 28 Ley 115 de 1994  
según los planes y programas vigentes.



Rector  
  
Luis C. Arias Tamayo

Secretaria

COLEGIO SECRETARIA  
MARIA NELLY GRACIA GARAYTO

Libro de Registro N° 27

Acta N° 2 Folio N° 8

Dado en Bogotá, D.C., a los 29 días del mes de Noviembre del año 2003

No se requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decretos No. 921 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional, y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, Presidencia de la República.





# ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

## COLEGIO VASCO NUÑEZ DE BALBOA

Carrera 16 B Sur N° 65 A 20 Sur - Teléfono: 765 43 89  
Bogotá, D.C.

2451  
INSCRIPCIÓN S.E.

31100124436  
INSCRIPCIÓN DANE

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 29 días del mes de Noviembre del año 2003 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos (as), de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del COLEGIO VASCO NUÑEZ DE BALBOA. Institución aprobada hasta Nueva Visita en el Nivel de Educación Media Vocacional y Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, Distrito Capital para otorgar el Título de Bachiller Académico, según Resolución N° 7562 del 24 de Noviembre de 1998

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos (as), que cursaron y aprobaron los estudios en el Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el

### TITULO DE BACHILLER ACADEMICO

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

## Daniel Antury Peña

Identificado (a) con T.I. N° 860520-31925 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original General de Grado N° 12, de fecha 29 de Noviembre del año 2003 que consta de 18 alumnos (as) graduandos; que comienza con el nombre de AMADO CASTRO LEIDY VIVIANA y se cierra con el nombre de RUIZ BOCANEGRA MARITZA

Firmada por

LUIS C. ARIAS TAMAYO  
MARIA NELLY GRACIA GARAVITO

Rector y  
Secretaria

Dada en Bogotá, D.C., a los 29 días del mes de Noviembre del año 2003

FIRMADA Y SELLADA

Rector



Luis C. Arias Tamayo  
C.C. N° 19.266.377 de Bogotá

Secretaria



Maria Nelly Gracia Garavito  
C.C. N° 51.597.279 de Bogotá





# CENCA Dent

**Centro de Formación en Auxiliares de Enfermería Mecánica Dental**

RESOLUCIONES OFICIALES Nos. 6182/96 Y 7189/98 Secretaría de Educación  
APROBACIÓN ACUERDO 007/94 y acuerdo 023/97 del Ministerio de Salud

**CERTIFICA:**

**Anturí Peña Daniel**

Con C.C. No. 80.214.275 de Bogotá D.C.

Por cuanto ha cursado los estudios con la intensidad reglamentaria 1.800 horas, realizado los trabajos prácticos y presentado los exámenes de rigor, conforme a las disposiciones estatutarias, esta Institución le otorga el certificado de:

**Técnico Laboral en  
Auxiliares de Enfermería**

DIRECCIÓN GENERAL  
Director General

Centro de Formación en Enfermería y Mecánica Dental  
Director(a) Administrativo(a)

DIRECCIÓN ACADÉMICA  
Director Académico  
Luis Valdivieso Z.  
ENFERMERO JEFE  
P.U.A.A. RUN 07754

Profesor

CENCA Dent  
SECRETARIA  
LA SECRETARIA



# ACTA DE CERTIFICACION


El Centro de Formación en Auxiliares de Enfermería Mecánica Dental "CENCAdent" plantel que basa su programación según los acuerdos ejecutivos Nos. 003 de 1993, 007 de 1994 y 023 de 1997 del Ministerio de Salud, con resolución oficial No. 7189 del 23 de Octubre de 1998 emanada de la Secretaría de Educación del Distrito y por intermedio del Presidente de su Consejo Superior

## HACE SABER

Que en la ciudad de Bogotá, D.C., en la Sede principal de la Escuela., el día 03 de JULIO de 2010 se realizó la entrega de certificación del respectivo periodo académico, presidida por las Directivas de la Institución, quien de acuerdo a lo normado en el reglamento interno del establecimiento, confirió el certificado que acredita a **ANTURI PEÑA DANIEL** identificado con C.C. 80.214.275 de Bogotá D.C., como **TÉCNICO LAB. EN AUXILIARES DE ENFERMERIA.**

Se expide el presente a los 03 días del mes de JULIO de 2010, teniendo como testigos a autoridades de la Institución, para que sus firmas formen parte integral del certificado mencionado, y que así éste sirva para los fines que el egresado estime convenientes.

Atentamente,

  
**DRA. NORIS DEL C. HERAZO CUETO**  
Directora General


  
**Andrea J. Fors**  
Secretaria General

NOTARIA BOGE DEL CIRCULO DE BOGOTA, D.C.

El contenido que aparece al pie de este documento coincide con la realidad por:

**Herazo Cueto Noris del Carmen**

BOGOTÁ, D.C. **25 NOV 2010**

  
**JUAN ARCINIEGAS FRANCO**  
NOTARIO BOGE



## ReTHUS

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

Tipo de Identificación \*

Número de Identificación \*

Cedula de Ciudadania

80214275

Primer Nombre

Primer Apellido

DANIEL

ANTURI

Confirme los números de la Imagen \*

9787



Cambiar

7389



## Resultado General -2025-10-07→11:25:20 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	D
CC	80214275	DANIEL		ANTURI	PEÑA	Vigente	V

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) DANIEL ANTURI PEÑA identificado(a) con CC 80214275 registra La siguiente información:

2025-10-07→11:25:20 PM

## Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2010-12-15	12498	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría  
Salud

**Resolución No 12498 de 15/12/2010**

**Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C**

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

**EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD**

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

**CONSIDERANDO**

Que el(la) señor(a) ANTURI PEÑA DANIEL Identificado(a) con CC número 80214275 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por EL CTRO DE FORM. EN ENF. Y PROT. DENTAL CENCADENT el día 07/03/2010 y registrado en el libro 1 Folio 20 año 2010  
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

**RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO:** autorizar a ANTURI PEÑA DANIEL identificado(a) con CC número 80214275 expedida en BOGOTÁ D.C para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

**ARTICULO SEGUNDO:** Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

**ARTICULO TERCERO:** Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

**NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE**

Dada en Bogotá D.C. a los 15/12/2010

*Dr. Hernán Redondo Gómez*

Director de Desarrollo

**HERMAN REDONDO GÓMEZ,**  
Director de Desarrollo de Servicios

Elaboro: Víctor Sánchez  
Revisa: Yudy Rodríguez

Bogotá, D.C. \_\_\_\_\_  
A la fecha notifiqué personalmente al  
señor (a) Daniel Anturi Peña  
CC. # 80214275 RSA  
Firma [Signature]





# CENTRO DE CAPACITACIONES AMPJ SALUD



Educación Informal de acuerdo al decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE:

**DANIEL ANTURI PEÑA**

**C.C. 1.022.426.827**

APROBO EL CURSO

**ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE  
VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO**

Intensidad 40 horas.

Dado a los 22 días del Mes de Noviembre del 2024  
VALIDEZ 2 DOS AÑOS



Leidy K Junca  
Coordinadora Académica



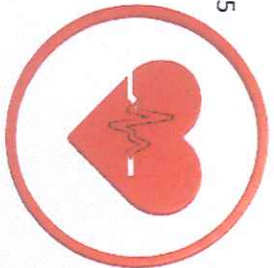
Yelson A Pacheco  
Director Académico

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo

capacitacionesampjsalud@gmail.com

Contacto: 3147923051 – 3218298555





# Vital Health Support

Certifica Que:

**DANIEL ANTURI PEÑA**

**80214275**

Participó y aprobó el curso de:

## ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS

Como actividad educativa complementaria, cumpliendo con un total de 40 horas. En constancia de lo anterior se firma el presente a los 05 días del mes de octubre de 2025. Válido hasta los 05 días del mes de octubre de 2027.

*Jaime V Garzon*

JAIME V GARZON G

Director



NIT. 79526723-2

*Nelson Molano*

NELSON MOLANO

Instructor





# CENTRO DE CAPACITACIONES AMPJ SALUD



Educación Informal de acuerdo al decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE:

**DANIEL ANTURI PEÑA**

**C.C. 80.214.275**

APROBÓ EL CURSO DE

## SOPORTE VITAL BASICO

El curso sigue los lineamientos establecidos por la AMERICAN HEART ASSOCIATION,  
Basado en las guías 2020 de los comités de reanimación  
Intensidad de 40 horas.

Dado a los 21 días del Mes de Noviembre del 2024

VALIDEZ 2 DOS AÑOS

  
Leidy K Junca  
Coordinadora Académica

  
Yelson A Padinco  
Director Académico

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo

capacitacionesampjsalud@gmail.com

Contacto: 3147923051 – 3218298555



# CENTRO DE CAPACITACIONES AMPJ SALUD



Educación Informal de acuerdo al decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE:

**DANIEL ANTONIO PEÑA**

**C.C. 80.214.275**

APROBÒ EL CURSO DE

**SOPORTE VITAL**

**CARDIOVASCULAR AVANZADO**

El curso sigue los lineamientos establecidos por la AMERICAN HEART ASSOCIATION,

INTENSIDAD 48 HORAS

Bogotá D.C, Noviembre 21 del año 2024

VALIDEZ 2 DOS AÑOS

Leydy K Junca

Coordinadora Académica

Yeison A Pacheco  
Director Académico

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo

capacitacionesampjsalud@gmail.com

Contacto: 3147923051 – 3218298555



## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado EPS SURA

## CERTIFICA

Que DANIEL ANTURI PEÑA identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 80214275 está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 80214275
NOMBRES Y APELLIDOS	DANIEL ANTURI PEÑA
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/12/2023
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	103
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	51
EMPLEADOR(ES)	CC 80214275 DANIEL ANTURI DESDE 01/09/2025

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 22/12/2025

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

**EPS SURAMERICANA S.A**

**Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, Cali: 602 380 8941,**

**Medellín: 604 448 61 15, Bogotá: 601 448 7941**

**Línea Nacional: 01 8000 519 519**

**[epssura.com](http://epssura.com)**



# Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ANTURI PEÑA DANIEL** identificado(a) con **CC** número **80.214.275** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 28 de octubre de 2006 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 22 de diciembre de 2025.

Cordialmente,



**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**  
Equipo Soporte para Clientes

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:


Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web [www.proteccion.com](http://www.proteccion.com) y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>



 <b>DIGSA</b>	PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
	Formato	requisitos de vacunación personal con actividades netamente asistenciales DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-116
	Vigente	Agosto de 2023

**INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO**

- Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:
1. Lea con atención el comentario que se encuentra de color azul en cada casilla para su adecuado diligenciamiento.
  2. Diligencie este formato de forma digital o manual con color negro.
  3. No cambie el tipo ni el tamaño de letra (Arial, tamaño 10).
  4. No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
  5. Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.
  6. Elimine del documento las instrucciones de color azul antes de imprimir. Imprima sólo si es necesario.

**I. DATOS PERSONALES**  
Diligencie Apellido, Nombres, Número de Documento, Edad, Profesión u ocupación, Número de contacto, correo electrónico y marque con una (X) en Mujer u Hombre de acuerdo al género del aspirante

Apellidos: <b>ANTURI PEÑA</b>	Nombres: <b>DANIEL</b>
Nº de Documento: <b>80.214.275</b>	Edad: <b>41 AÑOS</b>
Genero: <input type="checkbox"/> Hombre <input checked="" type="checkbox"/> <b>Mujer</b>	Hombre <input checked="" type="checkbox"/> <b>X</b>
Profesión u ocupación: <b>AUXILIAR DE ENFERMERIA</b>	Número de contacto: <b>3136764835</b>
Correo electrónico: <b>anturi2507@hotmail.com</b>	

**II. DATOS LABORALES**  
Marque con un (X), en la casilla correspondiente, el centro de trabajo en donde el personal está realizando el proceso de verificación del esquema de vacunación.

DIGSA	DISAN EJC	DISAN ARC	<input checked="" type="checkbox"/> <b>X</b>	JEPSA FAC
-------	-----------	-----------	--	-----------

Establecimiento de Sanidad Militar: **DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BOGOTA**  
Cargo al que aspira: **AUXILIAR DE ENFERMERIA DMBOG**

**III. TIPO DE VINCULACIÓN**  
Marque con una (x), en la casilla correspondiente el tipo de vinculación que va a tener el aspirante con la institución.

Nombramiento en Planta DIGSA	Servicio Social Obligatorio (SSO)	Prestación de Servicio (OPS)	<input checked="" type="checkbox"/> <b>X</b>
------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	--

**IV. DATOS CARNÉ DE VACUNACIÓN**  
Responda SI o NO las preguntas correspondientes al esquema de vacunación que presenta el aspirante.

PREGUNTA	SI	NO
¿Adjunta Carné de Vacunación?	<input checked="" type="checkbox"/> <b>X</b>	
¿Validación contra el carné de vacunación?	<input checked="" type="checkbox"/> <b>X</b>	

**V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES NETAMENTE ASISTENCIALES**  
Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación, y "No Aplica" según lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA  
Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el Aplicativo PAI 2.0 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para ello.

VACUNA	GÉNERO	OBSERVACIÓN	DOSES	CUMPLE SI / NO	FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE
Hepatitis A	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	SI	25/11/2025
			1ra	SI	22/09/2012
Hepatitis B	Hombre/Mujer	Ninguna	2da	SI	25/01/2013
			3ra	SI	16/12/2021
			1 Refuerzo cada 15 años al terminar esquema	SI	17/01/2022
Toxide Tetánico y Difterico	Mujer	Este esquema de vacunación se requiere hasta los 49 años de edad.	1ra		
			2da		
			3ra		
			4ta		
			5ta		
	Hombre		1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		
			1ra	SI	22/09/2012
			2da	SI	25/01/2013
			3ra	SI	23/02/2022
	Hombre		1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		
			1ra	SI	25/11/2025
Influenza Estacional	Hombre/Mujer	Si la contratación se realiza antes del mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior. Si la contratación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente La única justificación para la NO aplicación es la no disponibilidad en el país.	1ra	SI	25/11/2025
Fiebre amarilla	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar al personal que desarrolle actividades en zonas inferiores a 2.000 m sobre el nivel del mar. Solo se debe solicitar a menores de 60 años, sin antecedentes de enfermedades que afecten el sistema inmunológico.	1ra	SI	26/04/2025
Varicela	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años sin antecedente de vacunación o de haber tenido la enfermedad, y sin antecedentes de enfermedades que afecten el sistema inmunológico.	1ra	SI	25/11/2025
Triple Viral (TV) (sarampión, rubeola y parotiditis)	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años, para todo el país y sin antecedente de enfermedades que afecten el sistema inmunológico. No es válida la bivalente (sarampión y rubeola)	TV (SRP) 1 dosis con cupa Jeryl Lynn adultos.	SI	18/07/2018
DPTA - Difteria - Tétano - Tosferina a celular	Hombre/Mujer	** si certifica esta vacuna, se puede homologar por una (1) sola dosis de Td - Toxide Tetánico y Difterico, pero no lo contrario.	1ra	SI	25/11/2025
Neumococo	Hombre/Mujer	Ninguna Se deberá solicitar al personal que fue vacunado con vacuna polisacárido	1ra	SI	25/11/2025
			1 Refuerzo cada 5 años al terminar esquema		

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES NETAMENTE ASISTENCIALES

Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación; y "No Aplica" según lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA. Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el aplicativo FAI 2.0. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y en el PAJ Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para ello.

NOTA: Es importante informar al aspirante que al dentro de su esquema no cuenta con dos o tres vacunas de este grupo: Fiebre Amarilla, Varicela y/o Triple Viral, estas deben ser administradas simultáneamente, lo anterior teniendo en cuenta que si no se sigue esta recomendación se interfiere en su respuesta inmunitaria.

OBSERVACIONES:

VI. FIRMA DE COMPROMISO

Marque con una (X) Si el aspirante tuvo o NO que firmar el Formulario de compromiso requisitos de vacunación DIGSA, cumpliendo con lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.

SI		NO	X
----	--	----	---

VII. APROBACIÓN

Marque con una (X) Si aprueba o NO el esquema de vacunación presentado por el aspirante.

SI	X	NO	
----	---	----	--

NOTA: Partiendo del principio de la buena fe, lo certificado en el carné de vacunas presentado por el aspirante, se asume como un hecho cierto y veraz; la rendición de información no comprobable mediante evidencia, se configura como falsedad en documento público, hecho que puede ser objeto de sanciones disciplinarias.

*H. Barreto Niño*  
 Firma Jefe de Vacunación del centro de trabajo

**SI BARRETO NIÑO YEIMY**  
**LIDER SST DIGSA**  
**C.C. 52.953.075**  
 Firma Responsable del área de SST de la DIGSA



CONSENTIMIENTO INFORMADO: Como aspirante a contrato o nombramiento certifico que he leído, entiendo y acepto los términos, condiciones y la información suministrada por la Dirección General de Sanidad Militar.

Firma del aspirante



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110018241481

Fecha de generación del carné: lunes, 29 de diciembre de 2025 10:41 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	80214275
Nombres y Apellidos	DANIEL ANTURI PEÑA
Fecha de nacimiento:	25/07/1984

DPT Acelular	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis	26/04/2025	BIO-MANGUINOS	23K0929	CLINICA POLICIA NACIONAL SEDE SUR
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis	25/11/2025	Havrix 1440	AHAVC164AJ	IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	22/09/2012	Engerix B Adultos	035B1009	TANIA SALUD - INMUNOSALUD
	Segunda dosis	25/01/2013	Engerix B Adultos	034I1002B	TANIA SALUD - INMUNOSALUD
	Tercera dosis	16/12/2021	Recombax B	UFX20008	IPS MUNDO SALUD MEDICAL GROUP LTDA
	Refuerzo	17/01/2022	Recombax B	UFX20008	IPS MUNDO SALUD MEDICAL GROUP LTDA
Hepatitis B segundo esquema	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única	25/11/2025	Green Cross 0.5 ml	V50525004	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN BLAS
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis	25/11/2025	pneumovax 23	Y018990	IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo Conjugado	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	18/07/2018	Sarampión -Rubéola - SERUM	012N7186	GRUPO EXTRAMURAL - LA CANDELARIA
Td	Primera dosis				
	Segunda dosis				



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110018241481

Fecha de generación del carné: lunes, 29 de diciembre de 2025 10:41 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	80214275
Nombres y Apellidos	DANIEL ANTURI PEÑA
Fecha de nacimiento:	25/07/1984

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primer refuerzo				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
BCG	Única				
COVID - 19	Primera dosis	07/03/2021	Pfizer	EN1195	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CHAPINERO
	Segunda dosis	27/03/2021	Pfizer	en1195	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CHAPINERO
DPT	Única	25/11/2025	Bostrix	AC37B497AF	IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
DPT Acelular	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Cuarta dosis					



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110018241481

Fecha de generación del carné: lunes, 29 de diciembre de 2025 10:41 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	80214275
Nombres y Apellidos:	DANIEL ANTURI PEÑA
Fecha de nacimiento:	25/07/1984

Td	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis	22/09/2012	Tetavax	T2043	TANIA SALUD - INMUNOSALUD
	Segunda dosis	25/01/2013	Tetavax	160I2003E	TANIA SALUD - INMUNOSALUD
	Cuarta dosis	23/02/2022	Inmovax -SERUM	2339Q020A	DISPENSARIO MEDICO FAC
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis	25/11/2025	VARIVAX	Z008368	IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Nona Valente	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Única				
VPH Tetravalente	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110018241481

Fecha de generación del carné: lunes, 29 de diciembre de 2025 10:41 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	80214275
Nombres y Apellidos	DANIEL ANTURI PEÑA
Fecha de nacimiento:	25/07/1984

VPH Tetravalente

Única







ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110018241481

Fecha de generación del carné: jueves, 06 de noviembre de 2025 12:38 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía  
Número de identificación: 80214275  
Nombres y Apellidos: DANIEL ANTURI PEÑA  
Fecha de nacimiento: 25/07/1984

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primer refuerzo				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
BCG	Única				
COVID - 19	Primera dosis	07/03/2021	Pfizer	EN1195	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CHAPINERO
	Segunda dosis	27/03/2021	Pfizer	en1195	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CHAPINERO
DPT	Única				
DPT Acelular	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Cuarta dosis					



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110018241481

Fecha de generación del carné: jueves, 06 de noviembre de 2025 12:38 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	80214275
Nombres y Apellidos	DANIEL ANTURI PEÑA
Fecha de nacimiento:	25/07/1984

DPT Acelular	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis	26/04/2025	BIO-MANGUINOS	23K0929	CLINICA POLICIA NACIONAL SEDE SUR
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	22/09/2012	Engerix B Adultos	035B1009	TANIA SALUD - INMUNOSALUD
	Segunda dosis	25/01/2013	Engerix B Adultos	034I1002B	TANIA SALUD - INMUNOSALUD
	Tercera dosis	16/12/2021	Recombax B	UFX20008	IPS MUNDO SALUD MEDICAL GROUP LTDA
	Refuerzo	17/01/2022	Recombax B	UFX20008	IPS MUNDO SALUD MEDICAL GROUP LTDA
Hepatitis B segundo esquema	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo Conjugado	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	18/07/2018	Sarampión -Rubéola - SERUM	012N7186	GRUPO EXTRAMURAL - LA CANDELARIA



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110018241481

Fecha de generación del carné: jueves, 06 de noviembre de 2025 12:38 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	80214275
Nombres y Apellidos	DANIEL ANTURI PEÑA
Fecha de nacimiento:	25/07/1984

Td	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
Quinta dosis					
Toxoide Tetánico Difterico	Primera dosis	22/09/2012	Tetavax	T2043	TANIA SALUD - INMUNOSALUD
	Segunda dosis	25/01/2013	Tetavax	16012003E	TANIA SALUD - INMUNOSALUD
	Cuarta dosis	23/02/2022	Inmovax -SERUM	2339Q020A	DISPENSARIO MEDICO FAC
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Nona Valente	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Única				



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110018241481

Fecha de generación del carné: jueves, 06 de noviembre de 2025 12:38 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	80214275
Nombres y Apellidos	DANIEL ANTURI PEÑA
Fecha de nacimiento:	25/07/1984

VPH Tetravalente	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Única				

VACCINA	DOSE	RECORD ALLOCATION	Lot No.	PRIN
HEPATITIS B	1			
	2			
	3			
	R			
HEPATITIS A-B	1			
	2			
	3			
HEPATITIS A	1	25 NOV. 2025	VARIVAX LAHAVVICIAV V.31/08/2025	APOTECIA S.A. M. GONZALEZ
	2			

VACCINA	DOSE	RECORD ALLOCATION	Lot No.	PRIN
VARICELA	1	25 NOV. 2025	VARIVAX ZAGORSE 5/01/2022	APOTECIA S.A. M. GONZALEZ
	2			
INFLUENZA	1			
	2			
	3			
	4			
IDURER TIVARCO	1			
	1			
1 AMBELLA	1			



ORDEN	FECHA	CONSTITUCION	FECHA
1	25 NOV 2025	14-3104374F 31/05/2025	Alagon 31/05/2025
2	25 NOV 2025	14-3104374F 31/05/2025	Alagon 31/05/2025
3			
4			
5			

**CERTIFICADO DE VACUNACION**

Nº 13893

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

NIT. 900.394.707-3 - cod. del prestador 110012180401

NOMBRE: **Daniel Anthon Pera**

IDENTIFICACION: **60214235** (R) A+

TELEFONO: **3138364835** (R) 25-09-81

CARRERA 13C # 26 A - 08 SUR B. CHAYA - TEL: (601) 6041005  
 Cel: 310 300 70 01 - 310 674 42 24  
 Email: vacunarp@colombiasas.com



**CERTIFICADO DE VACUNACIÓN**



VACUNACIÓN AL DÍA, PROTECCIÓN Y VIDA

NIT. 900.160.179-1

Cod. del Prestador 1100117560

AUTORIZADO POR SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

**16547**

NOMBRE: DANIEL ARTURI PENYA

IDENTIFICACIÓN: 80 214 275 SEXO: M

FECHA DE NACIMIENTO: 25.07.84 TEL.: 313 876 4815

☎ 696 7246 📞 320 346 7063 📞 304 219 5009

[www.yacunacionmundosalud.com](http://www.yacunacionmundosalud.com)

Calle 27 sur No. 19-02 Barrio Olaya

VACINA	DOSE	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA	VACINA	DOSE	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
TRIPLEVIRAL	1				INFLUENZA	1			
	2					2			
HEPATIS B	1	16 NOV 2021	IPV004	[Firma]		3			
	2	16 DIC 2021	IPV004	[Firma]	1	16 NOV 2021	ARTIFLUXA	[Firma]	
	3	17 ENE 2022	IPV004	[Firma]	2	23 FEBRO 21	23 3900205	[Firma]	
HEPATIS A	1				VINO DE COCO	1			
	2					2			
VARICELA	1				TETRA JABALLA	1			
	2					2			








**CERTIFICADO LABORAL**

EMPRESA: PARTICULAR      FECHA: 27/11/2024 09:03:02

PREOCUPACIONAL O INGRESO       POS-OCUPACIONAL O EGRESO       PERIÓDICO

NOMBRE Y APELLIDO: DANIEL ANTONI PEÑA      C.C. 80214275

EDAD 41 Años      SEXO M      CARGO A DESEMPEÑAR AUXILIAR DE ENFERMERIA



**EXÁMENES PRACTICADOS**

Evaluación médico ocupacional	<input checked="" type="checkbox"/>	Exámenes de laboratorio	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	
Visionometría	<input checked="" type="checkbox"/>	Gluc <input type="checkbox"/>	Col <input type="checkbox"/>	Trgl <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
Optometría	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuáles?			
Audiometría	<input checked="" type="checkbox"/>	Enfasis Osteomuscular	<input checked="" type="checkbox"/>		
Espirometría	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>		

**EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

NINGUNO

El sustrato médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expresando el siguiente

**CONCEPTO**

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input checked="" type="checkbox"/>
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**RESTRICCIONES**

NINGUNA

**RECOMENDACIONES**

CONTROL OPTOMETRÍA EPS / USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE  
 CONTROL MÉDICO DE RUTINA (EPS) CONTROL ADECUADO DEL PESO CORPORAL. / USO DE MEDIAS ANTIVARICE PREVENTIVO  
 MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA/ SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES/REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

**EXÁMENES DE EGRESO**

Suspecta de enfermedad laboral      SI       NO       ¿Cuál?

*Daniel Antoni P.*



*[Signature]*  
 Lic. en Salud Ocupacional y Seguridad  
 Lic. en Salud Ocupacional y Seguridad  
 Lic. en Salud Ocupacional y Seguridad  
 Lic. en Salud Ocupacional y Seguridad

SI BARRETO NIÑO YEIMY  
 LIDER SST DMBOG  
 C.C. 52.953.075





IN BOGOTÁ S.A.  
 Dirección: Calle 27 Sur N° 12-07 Bogotá  
 Tel: 2794705  
 OPTOMETRIA

Ingreso   
 Egreso   
 Perdido   
 Caso ocupacional   
 Fecha historia 27/11/2025 08:53:00

Doc. Identidad: CC 80214275 Nombre: DANIEL ANTUÑO PENA Fecha Nacimiento: 25-07-1984  
 Entidad: PARTICULAR Edad: 41 Ocupación: AUXILIAR DE ENFERMERIA  
 Fondo de pensión: PROTECCION EPS ARL: NO TIENE

**Anamnesis**

Último examen visual: 18 M. Uso anteojos: Si  No  VL  VP  PC  Bifocal  Progresiva  Filtro   
 Frecuencia de uso: Permanente  Ocasional  Usa protección ocular gafas de seguridad o similares? Si  No   
 Cirugías: Si  No  Cua?   
 Accidentes oculares: Si  No  Cua?   
 Signos y síntomas: Astigmático  Disminución visual de cerca  Disminución visual de lejos  Cefaleas  Raraedad ocular   
 Anisocoria  Lagrimeo  Opacidad ocular  Irritación  Fotofobia  Prurito ocular  Sialto de rimpón   
 Antecedentes personales y/o familiares: Transmisión óptica

Agudeza Visual					
C.C.	VL	VP	S.C.	VL	VP
O.D.	20/20	20/20		20/200	20/60
O.I.	20/20	20/20		20/200	20/40

Lentes				
	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.	-0.75	-4.25	10°	
O.I.	-0.50	-3.75	160°	

**Examen Externo**

Segmento Anterior: Hiperemia conjuntiva  Flegma IV  Segmento Anterior: Hiperemia conjuntiva  Flegma N   
 Pingüicula  Pingüecula  Nevus  Blefaritis  Pingüicula  Pingüecula  Nevus  Blefaritis   
 Blefaritis seboreica  Secreción  Leucocitos corneal  Blefaritis seboreica  Secreción  Leucocitos corneal   
 Pteris palpebral  Otros  Pteris palpebral  Otros

**Motilidad Ocular**

CVT: VL ORTHO VF X HISHBERG CENTRADO  
 Dicciones: NORMAL Versiones: NORMAL PPC: 4 CMS

**Oftalmoscopia**

F.O.A.N.  Papila normal  Brillo foveal normal  Capilares  F.O.A.N.  Papila normal  Brillo foveal normal  Capilares   
 Esclerosis de cristalino  Opacidad de medios  Lesión retinal  Esclerosis de cristalino  Opacidad de medios  Lesión retinal

**Test Ocupacionales**

Visión cromática  Visión de profundidad  Campo visual por visión   
 O.D. NORMAL O.D. 50 ARCO O.D.   
 O.I. NORMAL O.I.

**Refracción**

O.D.	Esfera	Cilindro	EJE	Adición	Refracción final				
					Esfera	Cilindro	EJE	Adición	AV
O.D.	-0.75	-4.25	10°	+					
O.I.	-0.50	-3.75		+					

**Interpretación**

No requiere corrección óptica  Defecto refractivo adecuadamente corregido  Defecto refractivo inadecuadamente corregido  Defecto refractivo no corregido Gafas no formuladas

**Diagnóstico**

H21 - MIOPÍA - Observación  
 H52 - ASTIGMATISMO - Observación  
 H50 - HETEROFORIA - Observación

**Recomendaciones**

Corrección Óptica Permanente  Corrección Óptica Ocasional  Control 6 meses  Control 1 año   
 Optometría Clínica  Valoración por oftalmología  Valoración por ortóptica   
 Valoración Normal  Anormal

**CONCEPTO**

Apto  No apto  Observaciones:

Sindy Paola Rodríguez  
 CC 902140735  
 OPTOMETRIA  
 UNIVERSIDAD DE LOS RIOS



2. Concepto **0 2** Actualización

4. Número de formulario

141146640082



5. Número de Identificación Tributaria (NIT) **8 0 2 1 4 2 7 5** 6. DV **9** 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá **3 2** 14. Buzón electrónico

### IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente **Persona natural o sucesión ilíquida** 25. Tipo de documento **Cédula de Ciudadanía** 1 3 26. Número de identificación **8 0 2 1 4 2 7 5**

Lugar de expedición **COLOMBIA** 28. País **1 6 9** 29. Departamento **Bogotá D.C.** 1 1 30. Ciudad/Municipio **Bogotá, D.C.** 0 0 1

31. Primer apellido **ANTURI** 32. Segundo apellido **PEÑA** 33. Primer nombre **DANIEL** 34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial 37. Siglo

### UBICACIÓN

38. País **COLOMBIA** 1 6 9 39. Departamento **Bogotá D.C.** 1 1 40. Ciudad/Municipio **Bogotá, D.C.** 0 0 1

41. Dirección principal **DG 45 A SUR 26 A 60 AP 505**

42. Correo electrónico **Antury2507@hotmail.com**

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

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

53. Código **4 9** 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

49 - No responsable de IVA

**Usuarios aduaneros**

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 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**

59. Anexos SI  NO  Para uso exclusivo de la DIAN 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 **ANTURI PEÑA DANIEL** 985. Cargo **CONTRIBUYENTE**



# Certificación Bancaria

Lunes, 22 de diciembre de 2025

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que DANIEL ANTURI PEÑA identificado(a) con CC 80214275, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	24722564649	2014-03-31	Activo	****

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.


 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a [correosospchoso@bancolombia.com.co](mailto:correosospchoso@bancolombia.com.co)



FORMULARIO No.7

FORMATO DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO DE CUENTA SIIF II E INFORMACIÓN TRIBUTARIA

<b>FORMATO A NEXO No. E - BENEFICIARIO CUENTA</b>		
 MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL República de Colombia	FORMATO Anexo No. 1 Datos Básicos Creación Beneficiario Cuenta SIIF Nación	Página 1 de 1 Código : 47 - PFMDNSGDF - F022 - 01 Vigente a partir de: 08 JUL 2014

CIUDAD Bogotá FECHA 29/12/25  
 Me permito certificar la siguiente información con el fin de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera - SIIF-Nación.

**I. DOCUMENTOS A ADJUNTAR**

<b>PERSONA JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA</b> Fotocopia Cédula de Ciudadanía Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)	<b>PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA</b> Fotocopia Cédula de Ciudadanía Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT) (si es contratista). Fotocopia de la cédula de extranjería, licencia u otro documento que aporte el extranjero.
<b>CONSORCIO O UNION TEMPORAL</b> Aplica para los participantes y representantes legales del Consorcio o Unión Temporal. Fotocopia Cédula de Ciudadanía Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT) Documento de constitución del Consorcio o Unión Temporal	Nota: La fotocopia de la cédula de ciudadanía no puede ser reemplazada por otro documento.

Los terceros naturales nacionales o extranjeros, jurídicos nacionales o extranjeros o consorcios y uniones temporales, deben solicitar a la entidad financiera que la certificación bancaria sea con el número de identificación que aparece registrado en el RUT. Así mismo, que el original de la certificación bancaria indique que la cuenta está activa, vigente y que su expedición no sea mayor a 30 días.

**II. INFORMACION BASICA** Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Número:

**DATOS PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA**

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Daniel Antoni Peña

Tipo documento de identificación:

Cédula de Ciudadanía:	<input checked="" type="checkbox"/>	No. <u>80219275</u>
Cédula de Extranjería:	<input type="checkbox"/>	No. _____
Nit Persona Jurídica:	<input type="checkbox"/>	No. _____
Nit Persona Natural:	<input type="checkbox"/>	No. _____
Pasaporte:	<input type="checkbox"/>	No. _____
Registro Civil:	<input type="checkbox"/>	No. _____
Tarjeta de Identidad:	<input type="checkbox"/>	No. _____
Otro Tipo Documento:	<input type="checkbox"/>	No. _____

Cuál:

**III. INFORMACION PARTICIPANTES**

CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

OBJETO UNION DE LOS PARTICIPANTES-CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

PORCENTAJE DE PARTICIPACION: \_\_\_\_\_

NUMERO DE IDENTIFICACION DE LOS PARTICIPANTES: \_\_\_\_\_

**IV. DATOS INFORMACION GENERAL**

**TIPO DE ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL**

Sociedad Anónima	<input type="checkbox"/>	Cooperativa	<input type="checkbox"/>	Empresa Ind. Y Cial del Estado	<input type="checkbox"/>
Sociedad Colectiva	<input type="checkbox"/>	Empresa Unipersonal	<input type="checkbox"/>	Asociaciones Mutualistas	<input type="checkbox"/>
Sociedad Comandita por Acciones	<input type="checkbox"/>	Empresa Comunitaria	<input type="checkbox"/>	Fondos de Empleados	<input type="checkbox"/>
Sociedad Comandita Simple	<input type="checkbox"/>	Empresa de Servicio	<input type="checkbox"/>	Instituto de Economía Solidaria	<input type="checkbox"/>
Sociedad de Economía Mixta	<input type="checkbox"/>	Entidad Pública	<input type="checkbox"/>	Precooperativa	<input type="checkbox"/>
Sociedad de Hecho	<input type="checkbox"/>	Empresa Solidaria de Salud	<input type="checkbox"/>		
Sociedad Limitada	<input type="checkbox"/>	Entidad sin Animo de Lucro	<input type="checkbox"/>		
Sociedad Sucursal Extranjera	<input type="checkbox"/>	Federación o Confederación	<input type="checkbox"/>		
Sociedad Simplificada por Acciones (SAS)	<input type="checkbox"/>	Cooperativa de trabajo asociado	<input type="checkbox"/>		

TIPO DE CAPITAL	PRIVADO <input type="checkbox"/> PUBLICO <input type="checkbox"/> MIXTO <input type="checkbox"/>	ENTIDAD EN PROCESO LIQUIDATORIO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
-----------------	--	---------------------------------	--

PORCENTAJE DE CAPITAL MIXTO

PUBLICO		%
PRIVADO		%
TOTAL		%

V. INFORMACION TRIBUTARIA			
TIPO RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA			
ICA	<input type="checkbox"/>	IMPUESTO TIMBRE	<input type="checkbox"/>
RENTA	<input type="checkbox"/>	RETENCION EN LA FUENTE ICA	<input type="checkbox"/>
RETENCION EN LA FUENTE RENTA	<input type="checkbox"/>	GRAN CONTRIBUYENTE	<input type="checkbox"/>
IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS IVA	<input type="checkbox"/>	RETENCION EN LA FUENTE IVA	<input type="checkbox"/>
REGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL	<input type="checkbox"/>		
INFORMACION EXOGENA	<input type="checkbox"/>	NO CONTRIBUYENTE	<input type="checkbox"/>
REGIMEN COMUN	<input type="checkbox"/>	PROFESIONAL INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>
REGIMEN ORDINARIO	<input type="checkbox"/>	NO RESPONSABLE	<input type="checkbox"/>
ENTIDAD DEL ESTADO	<input type="checkbox"/>	RESPONSABLE	<input type="checkbox"/>
AUTORRETENEDOR	SI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
VI. UBICACIÓN			
TIPO DE DIRECCION		DOMICILIO CIVIL	<input checked="" type="checkbox"/>
DIRECCION PROCESAL	<input type="checkbox"/>	DOMICILIO FISCAL	<input type="checkbox"/>
DOMICILIO CONTRACTUAL	<input type="checkbox"/>	RESIDENCIA	<input type="checkbox"/>
Dirección	Diagonal 46A Sur # 26A - 60		Teléfono 313 876 4835
E-mail	Antony2507@hotmail.com		Fax
País	Colombia		Región
Ciudad	Bogotá		
Localización	Nacional <input type="checkbox"/>	Extranjera	
Página Web		Contacto	
Designación del contacto		E-mail del contacto	
Apartado Aéreo			
VII. REPRESENTANTE LEGAL		Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Número:	
TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL		Tutores y Curadores por los incapaces	<input type="checkbox"/>
Revisor Fiscal	<input type="checkbox"/>	Mandatarios o Apoderados Generales	<input type="checkbox"/>
Albaceas	<input type="checkbox"/>	Padres por su hijos menores	<input type="checkbox"/>
Representante legal de Personas Jurídicas	<input type="checkbox"/>	Nombre Representante Legal:	
Donatarios o Asignatarios	<input type="checkbox"/>	Tipo doc. Identificación	
Otros	<input type="checkbox"/>	No. Doc. Identificación	
VIII. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA		Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Número:	
Entidad Financiera	Bancolembia	Número de Cuenta	29722564649
Tipo de la cuenta bancaria	Corriente <input type="checkbox"/>	Ahorro	<input checked="" type="checkbox"/>
<u>Dien Anturi</u> NOMBRE Y FIRMA DEL TERCERO (PROVEEDOR)			
NOTA 1: El único formato válido para la creación de terceros en el sistema SIF-Nación es el presente.			
NOTA 2: La información aquí consignada no debe tener borrones, tachones o enmendaduras. El incumplimiento de los requisitos antes exigidos será causal de rechazo.			
NOTA 3: Certifico que la información aquí consignada es legítima y me responsabilizo de la misma para efectos legales.			



ARMADA NACIONAL  
DIRECCIÓN SANIDAD NAVAL

GESTIÓN CONTRACTUAL

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

Versión: 1.0

Fecha: 01/01/2013

YO Daniel Anturi Peña identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 80.214.275, mediante el presente anexo declaro que según la información entregada por la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN)** me comprometo como Contratista a Conocer, entender y cumplir con las políticas de seguridad y normatividad que trate la materia, así mismo tengo claro que toda información institucional que sea manipulada, transformada, generada o creada, en las instalaciones de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN)** o la que se maneje fuera de ella, son de propiedad exclusiva de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN)**, por lo tanto es de mi total saber y entender que no podré utilizar, ni siquiera después de finalizar mi actividad contractual dicha información. Solo será utilizada la documentación, única y exclusivamente para los fines para los que fue entregada; además me comprometo a conservarla con la debida seguridad e impedir su deterioro, pérdida, alteración, uso no autorizado o fraudulento y cumplir con las instrucciones que imparta la DISAN.

Como parte receptora de dicha información me comprometo a:

- Adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para garantizar la confidencialidad de la información y evitar su adulteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado.
- Respetar los derechos de propiedad y la reserva de toda la información y datos confidenciales que sean propiedad de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN)**.
- No divulgar a otras personas la información a la que tenga acceso, estructuras de la red, direcciones y demás datos sensibles que puedan ser utilizados para acceder a la información o a la red de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN)**.

Por último es claro para mí, que si incumplo el compromiso de confidencialidad de la información y las políticas de seguridad establecidas en este documento, será declarado el incumplimiento del contrato de prestación de servicios y por ende se dará la terminación del mismo por parte de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN)**; adicionalmente se hará posible la aplicación de las sanciones civiles, penales y todas aquellas que legalmente correspondan especialmente las señaladas en la Ley Estatutaria 1266 del 31 de Diciembre de 2008 y demás normas que rijan la materia.

Atentamente,

Daniel Anturi  
c.c. 80.214.275

CONTRATISTA





ARMADA NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL  
PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL  
COMPROMISO ANTISOBORNO

Versión: 1.0

Fecha: 04/11/2022

Página 1 de 2

### COMPROMISO ANTISOBORNO


El Ministerio de Defensa Nacional–Dirección General de Sanidad Militar–Dirección de Sanidad Armada Nacional- Dispensario médico nivel II Bogotá, ha declarado el compromiso institucional de cero tolerancias con el soborno y la corrupción, adoptando prácticas e impulsando campañas y mecanismos que permitan prevenir y detectar potenciales situaciones de soborno o conductas irregulares en el accionar de los contratistas de la entidad, mediante el desarrollo de actividades, planes y programas en el marco de los valores y la integridad aplicadas en el Código de Integridad de la entidad.

Por lo anterior, se suscribe el siguiente compromiso antisoborno:

Yo, Daniel Antón Peña mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No 80.214.275, expedida en Bogotá en mi calidad de **OFERENTE Y/O PROVEEDOR**, contrato \_\_\_\_\_ Representante legal \_\_\_\_\_ Empresa \_\_\_\_\_ NIT: \_\_\_\_\_ Contrato MDN-\_\_\_\_\_ De manera voluntaria y libre de coacción, coerción, amenaza, dádiva y/o promesa remuneratoria, directa o indirecta, mediante la suscripción de este documento a título de aporte unilateral a favor del **Ministerio de Defensa Nacional–Dirección General de Sanidad Militar – Dirección de Sanidad Armada Nacional- Dispensario médico nivel II Bogotá**, en cumplimiento del compromiso de lucha contra la corrupción, declaro que asumo los siguientes compromisos:

- 1) Manifiesto públicamente que conozco el alcance y el contenido de la Política, objetivo y alcance del Sistema de Gestión de Antisoborno del Ministerio de Defensa Nacional, y como consecuencia de ello me comprometo a tomar una actitud de cero tolerancias ante el soborno y la corrupción.
- 2) Rechazar, NO aceptar y/o solicitar, NO ofrecer, NO prometer y NO entregar para sí o para otro, dadas, regalos, bonificaciones, comisiones y/o promesa remuneratoria, directa o indirectamente; tanto en el Ministerio como fuera de él, a cambio de obtener beneficios ilegales en la ejecución de las obligaciones contractuales.
- 3) Rechazar y NO aceptar ningún tipo de fiestas, recepciones, homenajes, o cualquier tipo de atención social de servidores del Ministerio de Defensa Nacional, interventores, consultores o contratistas de la entidad o de personas con interés en los diferentes momentos del contrato que me fue adjudicado.
- 4) Prevenir el soborno por, o en nombre de, o en beneficio de quien suscribe en relación con la operación correspondiente, proyecto, actividad o relación.
- 5) Fomentar y aplicar mecanismos, instrumentos y/o controles al interior de la empresa que represento y/o en nombre propio para la prevención de prácticas de conductas asociadas al soborno, el fraude o la corrupción.
- 6) Fomentar el reporte de las conductas o hechos que puedan llegar a configurar prácticas de soborno, corrupción o fraude con fundamento en la buena fe o en una sospecha razonable.
- 7) Promover acciones encaminadas a la formación e inducción de mis empleados y socios de negocios en la aplicación de la Sistema de gestión de Antisoborno basados en los requerimientos de la Norma ISO 37001 y la normativa aprobada por el Ministerio de Defensa Nacional que tienen la finalidad de combatir el soborno y la corrupción en las relaciones inherentes a mi cargo, entre ellos el Código de Ética e Integridad.

\*2022110495110\* REGISTRO CONTROLADO SGC DISAN

	<b>ARMADA NACIONAL</b>		
	<b>DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL</b>		
	<b>PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL</b>		
	<b>COMPROMISO ANTISOBORNO</b>		
	<b>Versión: 1.0</b>	<b>Fecha: 04/11/2022</b>	<b>Página 2 de 2</b>

- 8) Garantizar la confidencialidad de los datos de quien reporte hechos de corrupción soborno o fraude en la entidad.
- 9) Proteger la identidad de los informantes y de las personas que participan en la denuncia.
- 10) Proteger a mis empleados, socios de negocio y partes interesadas, ante cualquier represalia, como consecuencia de denuncias por prácticas que puedan constituir soborno.
- 11) Aceptar que la violación de Política del Sistema de Gestión Antisoborno del Ministerio de Defensa Nacional dará lugar al inicio de investigaciones por parte de la Oficina de Control Interno Disciplinario del Ministerio de Defensa Nacional o al traslado de las denuncias correspondientes a las demás autoridades competentes, con la finalidad de establecer la responsabilidad administrativa, fiscal, disciplinaria, civil a que haya lugar, así mismo se da a conocer los canales dispuestos por el MDN.
  - ❖ Correo electrónico: [lineadelhonor@mindefensa.gov.co](mailto:lineadelhonor@mindefensa.gov.co) - [antisoborno@mindefensa.gov.co](mailto:antisoborno@mindefensa.gov.co)
  - ❖ Línea telefónica: Línea del honor -antisoborno PBX: 3150111 ext. 40135
  - ❖ Buzones físicos en punto de atención presencial.
  - ❖ APP: Mindefensa.
  - ❖ Sede electrónica: <https://wasedeelectronicapro.azurewebsites.net/mindefensa.html?#/home>
- 12) Que, conociendo los mecanismos dispuestos de denuncia planteados en la política de Antisoborno del Ministerio de Defensa, recibir y dar traslado oportuno de las denuncias.
- 13) Respetar los valores representados en el Código de Integridad del Ministerio.
- 14) Colaborar de buena fe en cualquier investigación llevada a cabo por el Ministerio de Defensa Nacional y sus representantes, en caso de que se produzca algún incumplimiento de estos compromisos.
- 15) Aceptar que el MDN puede poner fin a la relación contractual en caso comprobado de soborno por parte de, o en nombre de, o en beneficio de quien suscribe, en relación con la transacción correspondiente, proyecto, actividad o relación. Hago constar que soy consciente de la responsabilidad que implica la suscripción de este acuerdo.

Dado en la ciudad de Bogotá D.C., a los (29) días del mes de Dic del año 2022 con la firma de este documento, doy prueba de que conozco y me comprometo para aplicar la Política Antisoborno del Ministerio de Defensa Nacional.

Daniel Antón

FIRMA

c.c. 80 214 275



ARMADA NACIONAL  
DIRECCIÓN SANIDAD NAVAL

GESTIÓN CONTRACTUAL  
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Versión: 1.0

Fecha: 20/02/2015

El(los) suscrito(s) a saber Daniel Antón Peña, domiciliado en Bogotá, identificado(s) con CC. 80.211.275 de Bogotá respectivamente, quien(es) obra en calidad de PERSONA NATURAL  o JURÍDICA  (marque con X), que en adelante se denominará EL PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que EL MINISTERIO DE DEFENSA-DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR – DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL, adelanta un proceso de contratación para (escriba el objeto) Auxiliar de Enfermería

\_\_\_\_\_ en forma independiente y con total autonomía técnica, administrativa y financiera, con sus propios medios, todo ello de acuerdo con las obligaciones contenidas en el estudio previo y en la solicitud de oferta.

SEGUNDO: Que es interés de EL PROPONENTE apoyar la acción del Estado colombiano, y del MINISTERIO DE DEFENSA para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

TERCERO: Que siendo del interés de EL PROPONENTE participar en el proceso de contratación directa aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se registrá por las siguientes cláusulas:

CLAUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.

EL PROPONENTE, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

1.1. EL PROPONENTE no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta,

1.2. EL PROPONENTE se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre;

1.3. EL PROPONENTE se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de contratación directa y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:

a) No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios del MINISTERIO, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que, por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta;

b) No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios del MINISTERIO DE DEFENSA durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

1.4. EL PROPONENTE se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso de contratación directa.

1.5. EL PROPONENTE se compromete a que en caso que se le adjudique el contrato, no buscare financiación ni utilizará recursos estatales en negocios de captación o recaudo no autorizado de recursos del público en forma masiva.

#### CLAUSULA SEGUNDA. CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

EL PROPONENTE asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en EL REGLAMENTO del proceso de contratación, si se verificare el incumplimiento de los compromisos anticorrupción.

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de

Bogotá a los 29/12/25

Daniel Antón

c.c. 80.214.275