ARMADA DE COLOMBIA
Protegemos el azul de la bandera

Año 2025
Navegando al corazón de los colombianos

No. 20250030013899023 / MDN-COGFM-COARC-SECAR-JEMPE-JEDHU-OPLAD-43.10

Bogotá D.C. 09 DIC 2025

Señor Capitán de Navío
JAIME ANDRÉS ZAMBRANO GÓMEZ
Director de Incorporación Naval
Diagonal 40 A No. 8-37
Bogotá D.C.

Asunto: Respuesta solicitud necesidad para contratación personal modalidad OPS vigencia 2026.

Ref. 1: Oficio No. 20250030499771173 /MDN-COGFM-COARC-SECAR-JEMPE-JEDHU-DINCO-DIVAD-SEASE-29.6 de fecha 25-11-2025.

En atención al oficio de la Ref. 1, por medio del cual se solicita expedición de la certificación de necesidad para la contratación de personal profesional en Medicina General y Odontología para la Dirección de Incorporación Naval (DINCO) bajo la modalidad de Orden o Contrato de Prestación Servicios (OPS) durante la vigencia 2026, con toda atención me permito considerar lo siguiente:

Una vez revisada la asignación de personal que actualmente presenta la Dirección de Incorporación Naval de conformidad con la estructura organizacional establecida a través de las Tablas de Organización y Equipo (TOE) vigentes, se encontró que las Zonas Navales de Incorporación cuentan con un cubrimiento del 67% en Oficiales del Cuerpo Administrativo de especialidad Ciencias de la Salud, Área de Conocimiento Médico y un cubrimiento completo en Oficiales del Cuerpo Administrativo de especialidad Ciencias de la Salud, Área de Conocimiento Odontólogo.

Considerando el cubrimiento de las necesidades de personal de la Institución, actualmente no se cuenta con disponibilidad de personal militar del Área de Conocimiento requerida para que sea trasladado a esa Unidad. Adicionalmente, no existe disponibilidad de cargos o vacantes en personal Civil que puedan ser asignados para el cumplimiento de los perfiles requeridos, aunado a que no se realiza vinculación de personal que desempeñe funciones del área de la salud.

Teniendo en cuenta lo anterior y en el entendido que su necesidad es transitoria y está fundamentada en la tarea de contribuir a la gratuidad en la Incorporación de Aspirantes a Infantes de Marina Profesionales (AIMP), lo que aportará al cumplimiento del "Plan 16.000"; se considera viable iniciar el trámite pertinente para la contratación de referido personal.

Respetuosamente,

Capitán de Navío CÉSAR ALEJANDRO IREGUI QUEVEDO
Director de Personal Armada Nacional

ARC-FT-001-AYGAR-V21

CERTIFICATE N°
LAT - 1035

Libertad y Orden

FORMATO UNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MOPAN	HERNANDEZ	LINA MARCELA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1020815766	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 22 MES MAY AÑO 1996

PAÍS Colombia

DEPTO Cauca

CIUDAD Popayán

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CL 138 50 36

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3142839156

EMAIL linamopan@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO	BACHILLER ACADEMICO			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. X	MES	DICIEMBRE	AÑO	2013	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).
ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Universitaria	12	X		MEDICINA	4	2020	1020815766

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
PROTOCOLO DE ATENCIÓN A VICTIMAS DE	SOCOMEG	2025	40
Curso Atención Integral a Víctimas de Ataques con	CATALEYA	2024	48

Firma electronica validador: null

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
Curso de Soporte Vital Básico y Soporte	Cataleya, Centro de Entrenamiento médico	2024	68
CURSO DE ABORDAJE Y MANEJO INCIAL DE	CATALEYA	2024	20
Curso Estrategia Pruebas,Rastreo & Aislamiento	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	2020	2
curso en Triage Hospitalario	SOCIEDAD COLOMBIANA DE MEDICOS	2020	40
ENTRENAMIENTO BASICO EN UCI CON	ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE	2020	12
LA SEGURIDAD DE LA VACUNA DEL VIRUS DEL	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	2019	10

DOMINIO DE 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
inglés		X			X			X	

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	mtssuroccidente@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3006842269	DIA 1 MES 4 AÑO 2022	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Medico general	Salud a Mi Barrio	Carrera 33 1D-11

Firma electronica validador: null

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: SOS CONSULTA S.A.S.	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: gerencia@sosconsulta.co	
TELÉFONOS: 3124524416	FECHA DE INGRESO: DIA 7 MES 2 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO: DIA 30 MES 3 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO: MEDICO DOMICILIARIO	DEPENDENCIA: CONSULTA EXTERNA	DIRECCIÓN: CALLE 140 # 10A-48	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: SANIDAD MILITAR- ARMADA NACIONAL	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Amazonas	MUNICIPIO: Leticia	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: atencion.usuario@sanidadfuerzasmilitares.mil.co	
TELÉFONOS: 3238555	FECHA DE INGRESO: DIA 5 MES 10 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO: DIA 4 MES 10 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO: MEDICO SERVICIO SOCIAL	DEPENDENCIA: CONSULTA EXTERNA Y PRIORITARIA	DIRECCIÓN: Avenida Calle 26 No 69 - 76 Torre 3 Piso 4	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Privada	0	1
Pública	4	9
Total	4	11

Firma electronica validador: null

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Bogotá D.C. – 08 / 01/ 2026
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
null

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electronica validador: null

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LINA MARCELA MOPAN HERNANDEZ

IDENTIFICADO CON **C.C.** ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1020815766 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección CL 138 50 36 **Teléfonos** 3142839156 3142839156

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JOSE ERALDO MOPAN ALBAN	76268761	Padre
MARIA LIBIA HERNANDEZ CABRERA	34568688	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ⊗ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ○

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 4.511.438,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 5.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 9.511.438,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco BBVA	Cuenta de ahorros	138252465	COLINA	$ 6.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO C.C○ C.E○ T.I.○	NÚMERO DOCUMENTO

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
CONSULTA Y TRATAMIENTO MEDICO	CONSULTA Y TRATAMIENTO MEDICO

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 08/01/2026

CIUDAD Y FECHA

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Bogotá D.C., 08 de enero del 2026

Señores
BASE NAVAL N° 6 ARC "BOGOTÁ"
Ciudad

Apreciado señor:

LINA MARCELA MOPAN HERNANDEZ identificada con cédula de ciudadanía No. 1020815766 expedida en Bogotá D.C., obrando La Base Naval N° 6 ARC "Bogotá", DE LA ARMADA NACIONAL, de acuerdo con las estipulaciones de la invitación en referencia, la siguiente cotización:

Solicitud de Oferta No. -ARC-CBNL06-2026 cuyo objeto es la PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN(A) MÉDICO(A) PARA EL APOYO DEL PROCESO DE SELECCIÓN DE ASPIRANTES A INFANTES DE MARINA PROFESIONALES ACUERDO ANEXO TÉCNICO PARA LA ZONA DE INCORPORACIÓN NAVAL No. 3

Dejo (dejamos) constancia bajo gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento de lo siguiente:

a. Que conozco (conocemos) las especificaciones técnicas y garantizo (garantizamos) que los servicios ofrecidos cumplen con los requisitos exigidos.
b. Que conozco (conocemos) las normas legales vigentes sobre contratación con entidades públicas y no me encuentro incurso en ninguna casual de inhabilidad o incompatibilidad para contratar con ella.
c. Que no he sido servidor público de la Armada Nacional, ni del Ministerio de Defensa, en los niveles directivo, asesor o ejecutivo, dentro del año anterior a la fecha de presentación de la presente solicitud de oferta.
d. Que para el presente proceso no he recibido personalmente o por interpuesta persona, servicios de asistencia, representación o asesoría en asuntos relacionados con funciones propias del cargo, de ex servidores públicos de la Armada Nacional retirados con menos de dos (2) contados a partir del cierre del proceso, o en cualquier tiempo para asuntos concretos de los que haya conocido, de conformidad con lo señalado en el artículo 3 de la Ley 1474 de 2011.
e. Que el valor total de la oferta asciende a DIEZ MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE ($ 10.387.852,00), Incluidas las erogaciones que correspondan.
f. Que la presente oferta no contiene información confidencial. (En caso contrario deberá indicarse de manera explícita los folios en los cuales obra tal información y la justificación legal y técnica que ampara esos documentos).
g. Que no me (nos) encuentro (encontramos) incurso (s) en ningún tipo de inhabilidad y/o incompatibilidad y/o impedimento y/o recusación, para la suscripción del respectivo contrato en caso de ser seleccionado.
h. Que acepto (aceptamos) y estoy (estamos) de acuerdo la forma de pago allí indicada.
i. Que en caso de ser elegido (s) me (nos) comprometo (comprometemos) a guardar la reserva de confidencialidad de la información que llegare (llegaremos) a conocer en desarrollo del objeto del contrato.
j. Que incluyo todos los anexos requeridos en la solicitud de oferta.

El (los) suscrito (s) señala (n) como su dirección a donde pueden remitir por correo notificaciones relativas a esta invitación la siguiente: linamopan@gmail.com y a mi domicilio ubicado en la Calle 138 No. 50-36 (Bogotá D.C.).

Atentamente,



LINA MARCELA MOPAN HERNANDEZ
C.C. 1020815766 de Bogotá D.C.
Dirección: Calle 138 No. 50-36, edificio Don Pedro Apto 501 (Bogotá D.C.
Correo electrónico: linamopan@gmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO **1.020.815.766**

MOPAN HERNANDEZ
APELLIDOS

LINA MARCELA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

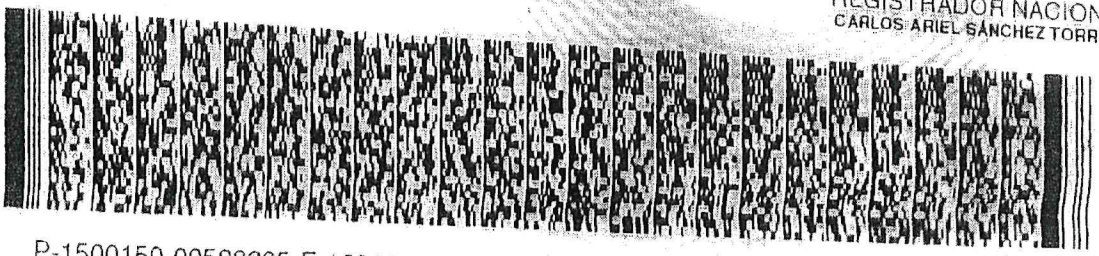
FECHA DE NACIMIENTO **22-MAY-1996**

POPAYAN
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-MAY-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00588395-F-1020815766-20140612 0039015599A 1 42276573

La salud es de todos | Minsalud

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

LINA MARCELA MOPAN HERNANDEZ



C.C. 1020815766

MÉDICO

Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales
Bogotá D.C.

Grado: 06/04/2020

* Rethus: 18/11/2021

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1020815766

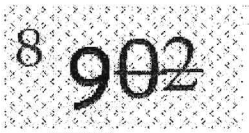
Primer Nombre

LINA

Primer Apellido

MOPAN

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

8543

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2026-01-08→5:20:16 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación
CC	1020815766	LINA	MARCELA	MOPAN	HERNANDEZ	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LINA MARCELA MOPAN HERNANDEZ identificado(a) con CC 1020815766 registra La siguiente información:

2026-01-08→5:20:16 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2021-11-18	93475	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo	Tipo	Lugar Prestación	Fecha	Fecha	Modalidad

Prestacion	Lugar Prestación		Inicio	Fin	Prestacion
Presto SSO	Local	COLOMBIA|AMAZONAS|LETICIA	2020-10-05	2021-10-04	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada

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

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C102081576600295163
Codigo de verificacion

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **LINA MARCELA MOPÁN HERNÁNDEZ**, identificado(a) con C.C. No. 1020815766 y T.P. o R.M. No. 1020815766 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

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

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el jueves 08 enero 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141225554592

(415)7707212489984(8020) 000014122555459 2

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 2 0 8 1 5 7 6 6	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MOPAN	HERNANDEZ	LINA	MARCELA

Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 138 50 36 ED DON PEDRO AP 501

42. Correo electrónico: linamopan@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 1 1 5 6	6 0 1 4 6 2 4 3 3 0	3 1 4 2 8 3 9 1 5 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

50 Código

mpto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☐ 60. No. de Folios:

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

985. Cargo

DOCUMENTO SIN COSTO
BORRADOR

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

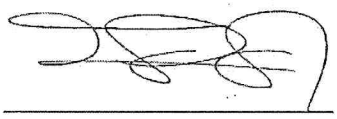
Que nuestro(a) cliente LINA MARCELA MOPAN HERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,020,815,766 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 138252465 aperturada el 9 de septiembre de 2020 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 8 de enero de 2026.

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

Cuenta de 10 dígitos:	0138252465
Cuenta de 16 dígitos:	0138000200252465
Cuenta de 20 dígitos:	00130138000200252465

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

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

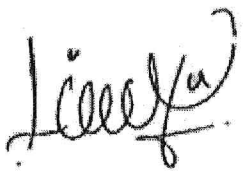
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE MULTAS Y/O SANCIONES

Yo, LINA MARCELA MOPAN HERNANDEZ, identificada con la cedula de ciudadanía No. 1020815766 de Bogotá D.C., certifico bajo la gravedad de juramento que no he sido objeto de multas y/o sanciones durante los últimos cinco (05) años.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 08 días del mes de enero de 2026.

Atentamente,



LINA MARCELA MOPAN HERNANDEZ
C.C. 1020815766 de Bogotá D.C.
Dirección: Calle 138 No. 50-36, edificio Don Pedro Apto 501 (Bogotá D.C.
Correo electrónico: linamopan@gmail.com

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

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

CERTIFICA

Que Lina Marcela Mopan Hernandez, identificado(a) con CC número 1020815766, está registrado(a) en el POS DE EF información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1020815766
NOMBRES Y APELLIDOS	Lina Marcela Mopan Hernandez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	22/05/1996
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	05/10/2020
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	12 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	12 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	19/04/2022
NIVEL SISBEN	2
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1020815766 LINA MARCELA MOPAN HERNANDEZ Desde 01/08/2024 - Vigente

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LINA MARCELA MOPAN HERNANDEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1020815766,** se encuentra afiliado/a desde **16/09/2020** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 08 de enero de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

El (los) suscrito(s) a saber: LINA MARCELA MOPAN HERNANDEZ identificado con Cedula de ciudadanía No 1020815766 de Bogotá D.C., 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 - ARMADA NACIONAL – La Base Naval N° 6 ARC "Bogotá", adelanta un proceso de contratación para la celebración de un contrato cuyo objeto es la PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN(A) MÉDICO(A) PARA EL APOYO DEL PROCESO DE SELECCIÓN DE ASPIRANTES A INFANTES DE MARINA PROFESIONALES ACUERDO ANEXO TÉCNICO PARA LA ZONA DE INCORPORACIÓN NAVAL No. 3.

SEGUNDO: Que es interés de EL PROPONENTE apoyar la acción del Estado colombiano, y del MINISTERIO DE DEFENSA - ARMADA NACIONAL – La Base Naval N° 6 ARC "Bogotá" para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

TERCERO: Que siendo del interés del PROPONENTE participar en el proceso 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 regirá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA 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 cualquier otro representante suyo, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de Selección Abreviada y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:

- No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios del MINISTERIO DE DEFENSA - ARMADA NACIONAL – La Base Naval N° 6 ARC "Bogotá", 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;

- No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios del MINISTERIO DE DEFENSA - ARMADA NACIONAL – La Base Naval N° 6 ARC "Bogotá", 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 o la distribución de la adjudicación de contratos entre los cuales se encuentre el que es materia del presente reglamento, o la fijación de los términos de la propuesta.

1.5 En cumplimiento de lo previsto en el de 4334 de 2008, declaro bajo juramento que se entiende prestado por la suscripción de la presente carta, que cuento con los recursos suficientes para la preparación de la oferta, y en caso de resultar adjudicatario, para la ejecución del contrato resultante

del presente proceso, los cuales, no se han obtenido, ni se obtendrán de la celebración de ofertas de cesión de derechos económicos o de beneficio con pacto de readquisición u operaciones de captación o de recaudo masivo no autorizado de dineros del público de entrega masiva de dinero a personas naturales o jurídicas, directamente o a través de intermediarios, mediante la modalidad de operaciones de captación, o recaudo en operaciones no autorizadas tales como bienes, servicios o rendimientos sin explicación financiera razonable. La suscripción del presente documento, constituye plena prueba de nuestro compromiso de NO participar en hechos que configuren los supuestos del recaudo no autorizado de dineros del público al tenor de lo dispuesto en el artículo 6 del Decreto 4334 de 2008.

CLÁUSULA SEGUNDA. PAGOS REALIZADOS: EL PROPONENTE declara que para la elaboración y presentación de la presente propuesta ha realizado, o deberá realizar, únicamente los siguientes pagos, incluyen los pagos de bonificaciones o sumas adicionales al salario ordinario que puedan hacerse a sus propios empleados, representantes, agentes o asesores, o los empleados, representantes, agentes o asesores de otras empresas, tanto públicos como privados:

BENEFICIARIO	MONTO $	CONCEPTO
ASEGURADORA	$100.000	PAGO GARANTIA DE CUMPLIMIENTO PARA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

En caso de resultar favorecida su propuesta EL PROPONENTE realizará únicamente los siguientes pagos:

BENEFICIARIO	MONTO $	CONCEPTO
ASEGURADORA	$100.000	PAGO GARANTIA DE CUMPLIMIENTO PARA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CLÁUSULA TERCERA. CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO. EL PROPONENTE asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en el reglamento del proceso, 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 08 días del mes de enero del 2026.

Atentamente,

LINA MARCELA MOPAN HERNANDEZ
C.C. 1020815766 de Bogotá D.C.
Dirección: Calle 138 No. 50-36, edificio Don Pedro Apto 501 (Bogotá D.C.
Correo electrónico: linamopan@gmail.com

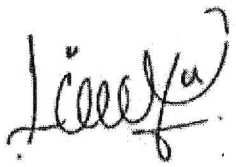
COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Señor Capitán de Navío
GUILLERMO PARDO ZAPATA
Comandante Base Naval N° 6 ARC "BOGOTÁ"
Ciudad

En consideración a que se adelanta el proceso de Contratación Directa No._ -ARC-CBNL06-2025, cuyo objeto es PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN(A) MÉDICO(A) PARA EL APOYO DEL PROCESO DE SELECCIÓN DE ASPIRANTES A INFANTES DE MARINA PROFESIONALES ACUERDO ANEXO TÉCNICO PARA LA ZONA DE INCORPORACIÓN NAVAL No. 3, y teniendo en cuenta que la misma tiene el carácter de **CONTRATACIÓN DEL SECTOR DEFENSA,** manifiesto de manera expresa mediante la suscripción del presente documento, que conozco y entiendo el contenido del artículo 194 del Código Penal, que me comprometo a no divulgar el contenido total o parcial de los documentos e información a los cuales tenga conocimiento referentes al presente proceso, en caso de salir favorecido, a no divulgar el contenido total o parcial del contrato que se suscriba, a garantizar la seguridad de la información que durante la ejecución de este tenga conocimiento,

CÓDIGO PENAL. ARTICULO 194. DIVULGACIÓN Y EMPLEO DE DOCUMENTOS RESERVADOS. El que en provecho propio o ajeno o con perjuicio de otro divulgue o emplee el contenido de un documento que deba permanecer en reserva, incurrirá en pena de prisión de cinco (5) a ocho (8) años, siempre que la conducta no constituya delito sanción.

Atentamente,



LINA MARCELA MOPAN HERNANDEZ
C.C. 1020815766 de Bogotá D.C.
Dirección: Calle 138 No. 50-36, edificio Don Pedro Apto 501 (Bogotá D.C.
Correo electrónico: linamopan@gmail.com

SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL FINANCIERA "SIIF II"
FORMATO DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO DE CUENTA E INFORMACIÓN TRIBUTARIA

I INFORMACIÓN BÁSICA
PERSONA JURÍDICA NACIONAL

Nombre Proveedor	
NIT	
Anexar COPIA RUT	
CLASE DE SOCIEDAD	
CLASE DE CAPITAL	
NUMERO DE MATRICULA MERCANTIL	

PERSONA NATURAL NACIONAL

No. cédula	1020815766 de Bogotá
Anexar copia RUT	1020815766-5
Nombres	LINA MARCELA
Apellidos	MOPAN HERNANDEZ
Fecha de Expedición del documento de identificación	30 DE MAYO DE 2014
Profesión	MEDICO
No. Matricula	

II PARA UNIÓN TEMPORAL O CONSORCIO DILIGENCIAR ESTA INFORMACIÓN

OBJETO DE LA UNIÓN DE LOS TERCEROS	
ACTIVIDAD ECONÓMICA CIIU	
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
NUMERO DE DOCUMENTO	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	
PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN DE CADA UNO DE LOS SOCIOS Ó MAS	1) 2)
RÉGIMEN TRIBUTARIO	

III UBICACIÓN (Para Persona Jurídica, Nacional, Unión Temporal o Consorcio)

PAÍS	
REGIÓN	
CIUDAD	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO	
FAX	
E-MAIL	
PAGINA WEB	

IV INFORMACIÓN TRIBUTARIA (Para Persona Jurídica, Nacional, Unión Temporal o Consorcio)

REPRESENTANTE LEGAL — Cédula No. _____ Nombre _____

ACTIVIDAD ECONÓMICA CIIU _____

TIPO DE RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

ICA-BOGOTA	
IVA	
RENTA	

RÉGIMEN TRIBUTARIO

GRAN CONTRIBUYENTE	
NO CONTRIBUYENTE	
REGIMEN COMUN	
REGIMEN ORDINARIO	
REGIMEN SIMPLIFICADO	X
REGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL	

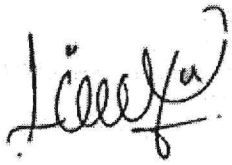
AUTORRETENEDOR SI NO

V DATOS BANCARIOS

Denominación de la cuenta

corriente De Ahorros
de ahorros

Entidad Financiera BBVA COLOMBIA
Código
Sucursal COLINA CAMPESTRE - BOGOTA
Código
Ciudad Bogotá
Dirección Carrea 58 # 137b-04
Teléfono
Número de la cuenta 138252465
(adjuntar original de certificación bancaria con fecha de expedición no superior a 30 días calendario)



LINA MARCELA MOPAN HERNANDEZ

CÓDIGO	NOMBRE
0	BANCO DE LA REPUBLICA
5	BANCAFE
7	BANCOLOMBIA
11	BANCO AGRARIO DE COLOMBIA
13	BANCO GANADERO
19	BANCO COLPATRIA
22	BANCO UNION COLOMBIANO
25	BANCO CENTRAL HIPOTECARIO
29	BANCO TEQUENDAMA
36	BANK BOSTON
39	BANCO DAVIVIENDA
54	C.A.V GRANAHORRAR
57	C.A.V COLMENA

CÓDIGO	NOMBRE
13	BANCO POPULAR
6	BANCO SANTANDER
9	CITIBANK
12	BANCO SUDAMERIS COLOMBIA
14	BANCO DE CREDITO
20	BANESTADO
23	BANCO DE OCCIDENTE
28	BANCO MERCANTIL DE COLOMBIA
32	BANCO CAJA SOCIAL
37	MEGABANCO
52	C.A.V LAS VILLAS
55	C.A.V. CONAVI

ANEXO "A"
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

FASE II
1. Realizar la verificación de aptitud psicofísica de los aspirantes al proceso IMP con base en los hallazgos en el examen físico realizado por médico militar, teniendo en cuenta los criterios establecidos en el Decreto 0094 de 1989, Circular 1090 56 del 2008, Decreto Ley 1796 del 2000, Guía Semiológica Dirección General de Sanidad y de acuerdo a las Directrices emitidas por la Sección Medica de la Dirección de Incorporación Naval.
2. Realizar lectura y análisis de resultados de exámenes de laboratorio y especializados una vez se encuentren cargados en la plataforma de incorporación naval. Se debe registrar uno a uno el resultado definitivo como normal, anormal, o con las descripciones necesarias para posterior valoración de médico militar. Los resultados serán registrados en un formato de evaluación de exámenes con su respectivo sello y firma y cargado en el ítem No 2 que corresponde a examen de Eritrosedimentación (no realizado en el proceso en curso.
3. La validación de la FASE II contempla una evaluación detallada de los siguientes estudios clínicos, paraclínicos y exámenes de medicina especializada realizados en la FASE II, así: **EXAMEN DE MEDICINA GENERAL:** Realizado por médico militar. El médico militar describirá solo los hallazgos positivos (alteraciones) si ameritan un aplazamiento en algunos de los siguientes sistemas: órgano de los sentidos, sistema cardio – pulmonar, sistema genito – urinario: énfasis en palpación escrotal (descartar varicoceles y/o alteraciones testicular) y sistema Osteo-musculo-articular: énfasis en postura, desbalance pélvico, características de planta del pie, marcha. **EXÁMENES ESPECIALIZADOS:** Evaluado por medico OPS. Dentro de su evaluación se describen las siguientes características que serán complementadas durante la inducción del personal médico. 1) CUADRO HEMÁTICO DE CUARTA GENERACIÓN: Mide la cantidad de glóbulos blancos y valora todos los componentes celulares (conteo de GB) La cantidad de glóbulos rojos (conteo de GR) La cantidad de plaquetas, deberá contener reporte con histograma en cinco partes, prueba en sangre condición basal de acuerdo con la técnica por equipo estandarizada por el laboratorio clínico. 2) NITROGENO UREICO: Mide la cantidad de nitrógeno en la sangre que proviene de un producto de desecho, llamado urea. La urea se produce cuando se descompone la proteína en el cuerpo, prueba en sangre, condición basal de acuerdo con la técnica por equipo estandarizada por el laboratorio clínico. 3) CREATININA: Análisis que mide el nivel de creatinina en la sangre, se realiza para ver qué tan bien están funcionando los riñones, condición basal de acuerdo con la técnica por equipo estandarizada por el laboratorio clínico. 4) GLICEMIA BASAL: Mide los niveles de glucosa sanguínea durante un periodo de tiempo basal (ayuno), de acuerdo con la técnica estandarizada por el laboratorio clínico. 5) HEMOCLASIFICACIÓN: Permite la determinación de grupos sanguíneos sistema ABO y factor Rh del paciente, es decir, permite conocer el tipo de sangre especifico que tiene la persona a la cual se le realiza el examen, prueba en sangre condición basal de acuerdo con la técnica estandarizada por el laboratorio clínico.

6) HEPATITIS B (Antígeno de superficie HbsAg): Esta prueba analiza si la persona tiene una infección reciente o persistente por el virus de la hepatitis B.

7) PRUEBA RÁPIDA DE VIH DE CUARTA GENERACIÓN: Es una prueba (también llamada inmunoanálisis) que busca anticuerpos para el virus del VIH, prueba en sangre condición basal de acuerdo con la técnica en equipo estandarizada por el laboratorio clínico.

8) VDRL (PRUEBA NO TREPONÉMICA): Es una prueba serológica utilizada en medicina para realizar el tamizaje o cribado (screening) de sífilis, debido a su elevada sensibilidad, mientras que otras pruebas, más específicas, se usan para el diagnóstico de esta enfermedad, prueba en sangre, condición basal de acuerdo con la técnica estandarizada por el laboratorio clínico.

   FTA-ABS CONFIRMATORIA SI EL VDRL ES POSITIVA: Se usa para detectar anticuerpos contra la bacteria Treponema pallidum, que causa la sífilis, prueba en sangre condición basal de acuerdo con la técnica por equipo estandarizada por el laboratorio clínico.

9) PARCIAL DE ORINA: La muestra de orina se examina bajo un microscopio para analiza si hay células, cristales urinarios, cilindros urinarios, moco y otras sustancias, Identificar cualquier tipo de bacterias u otros gérmenes, prueba en orina condición y preparación de acuerdo con la técnica estandarizada por el laboratorio clínico.

10) VALORACIÓN DE OPTOMETRÍA: En el registro de examen de Optometría, deberá quedar plasmado el grado de funcionalidad del ojo y sus anexos, precisando el registro de enfermedades, lesiones congénitas o adquiridas de las partes integrantes del mismo o secuelas funcionales de estas, que incapaciten para el desarrollo eficiente y seguro de su labor. Describir y registrar en los antecedentes oftalmológicos (antecedentes congénitos, médico y quirúrgicos). Dentro del examen de Optometría debe detallar el examen respecto a visión cromática a través del test de ISHIHARA con el tipo y grado de discromatopsia.

    Se debe registrar la agudeza visual para lejos y cerca sin corrección y con corrección, cada ojo separadamente y con visión binocular, autoqueratorefractometria, distancia interpupilar, diámetro pupilar y visión de profundidad.

    VALORACIÓN DE OFTALMOLOGÍA: Previa valoración de optometría, en el registro de examen oftalmológico, deberá quedar plasmado el grado de funcionalidad del ojo y sus anexos, precisando el registro de enfermedades, lesiones congénitas o adquiridas de las partes integrantes del mismo o secuelas funcionales de estas, que incapaciten para el desarrollo eficiente y seguro de su labor.
    Al aspirante se le debe interrogar y registrar los antecedentes médicos y quirúrgicos oculares tales como: Cirugía de retina, catarata, glaucoma, refractiva, extracción de cuerpos extraños intraoculares por antecedentes de heridas penetrantes y/o perforantes al globo ocular, no debe presentar proptosis, ptosis palpebral, o alteraciones del sistema lagrimal (ojo seco o epiforas), posibles neoplasias y cualquier otra que a juicio y competencia científica deba identificar dentro de su valoración especializada.
    Describir y registrar en los antecedentes oftalmológicos (antecedentes congénitos, médico y quirúrgicos).
    Dentro del examen oftalmológico debe detallarse el examen respecto a cada uno de los componentes y discriminado por cada ojo de segmento anterior (vías lagrimales, conjuntiva, córnea, limbo, esclerótica, iris cristalino, ángulo, presión intraocular por ojo.), especificar qué test de colores se aplicó, con el tipo y grado de discromatopsia realizando fondo de ojo.

Se debe registrar la agudeza visual para lejos y cerca sin corrección y con corrección, cada ojo separadamente y con visión binocular.

11) EXAMEN OTORRINOLARINGOLOGÍA : Al examinado se le debe identificar el grado de funcionalidad de los órganos que hacen parte de este sistema, precisando el registro de enfermedades, lesiones congénitas o adquiridas de las partes integrantes del mismo, o secuelas funcionales de estas, que incapaciten para el desarrollo eficiente y seguro de su labor.

    Se debe registrar la existencia de prótesis auditivas. Así como interrogar sobre los antecedentes médicos y quirúrgicos, no deben presentar perforación timpánica y septal de cualquier origen. La agudeza auditiva debe estar dentro de los límites normales en todas las áreas, área de conversación y registrar si hay presencia de trauma acústico acuerdo a verificación de exámenes de audiología.

    El examinado debe gozar de una función adecuada de su sistema rinofaríngeo y laríngeo, no presentar evidencias de enfermedades generales o de tipo alérgico o lesiones congénitas o adquiridas de las partes integrantes del mismo, o secuelas funcionales de estas que incapaciten para el desarrollo eficiente y seguro de la actividad laboral; por lo tanto, se debe determinar:

    a. Deformidad del septum nasal, pirámide nasal, base pirámide nasal y narinas.
    b. Hipertrofia obstructiva de cornetes inferiores.
    c. Deformidades congénitas y adquiridas (perforación del tabique nasal, comunicación oronasal, paladar hendido, atresia coanas).
    d. Lesiones de cavidad oral, faringe o laringe.
    e. Alteraciones de voz de tipo funcional o anatómico.

12) AUDIOMETRÍA TONAL: Realizar examen otoscopio previa a la audiometría, la cual debe contener las siguientes características:

    a. Se debe realizar en cabina sonoamortiguada.
    b. Evaluar vía aérea y vía ósea.
    c. Certificar calibración de cabina son amortiguada y calibración de equipos.
    d. El examen debe ser realizado por profesional de Fonoaudiología o Audiología.

    NOTA: Se exige que se reporte cualquier deficiencia que presente el aspirante de percepción auditiva por vía aérea u ósea, dicho examen se realizará en una cabina sonoamortiguada; se evaluará cada oído separadamente.

13) ELECTROCARDIOGRAMA: El examen de Electrocardiograma, practicado se registrará en el formato establecido de la Entidad Prestadora de los Servicios de Salud avalada por medio del Registro de Entidad Prestadora de Servicios de Salud (REPS), con firma y sello del profesional.
    Informar todas las variables propias de este examen y su interpretación, anexando los registros del mismo, en hoja tamaño carta. Su lectura debe ser realizada por médico internista o cardiólogo con firma y sello del profesional.
14) ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO DE 32 CANALES SIN PRIVACIÓN DEL SUEÑO: El examen de Electroencefalograma, practicado se registrará en el formato establecido de la Entidad Prestadora del Servicios de Salud avalada por medio del Registro de Entidad Prestadora de Servicios de Salud (REPS), con firma y sello del profesional.
    Informar todas las variables propias de este examen y su interpretación, anexando los registros del mismo. Su lectura debe ser realizada por neurólogo.

15) ECOGRAFIA DOPPLER TESTICULAR: El examen de Ecografía Testicular, practicada se registrará en el formato establecido de la Entidad Prestadora del Servicios de Salud avalada por medio del Registro de Entidad Prestadora de Servicios de Salud (REPS), con firma y sello del profesional.

16) RADIOGRAFIA DE TORAX: Proyecciones PA y Lateral. El examen de Rayos X, practicado se registrará en el formato establecido de la Entidad Prestadora de los Servicios de Salud avalada por medio del Registro de Entidad Prestadora de Servicios de Salud (REPS), con firma y sello del profesional.

Tiene como finalidad descartar TBC. Sarcoidosis, asbestosis, hiperreactividad bronquial, atrapamiento de aire, cardiomegalias, aneurismas, masas en tórax, malformaciones cardiacas, signos de falla cardiaca y otras patologías cardiovasculares y pulmonares.

17) RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSO LUMBAR Y SACRA: Proyección AP y Lateral. El examen de Rayos X, practicado se registrará en el formato establecido de la Entidad Prestadora de los Servicios de Salud avalada por medio del Registro de Entidad Prestadora de Servicios de Salud (REPS), con firma y sello del profesional, para este estudio la entidad deberá indicar la preparación correspondiente para la realización del estudio, previa citación de este.

Tiene como finalidad descartar malformaciones congénitas limitantes, alteraciones traumáticas limitantes, picos osteofíticos y otras lesiones de tipo degenerativo, curvas patológicas, escoliosis (determinar grados), discopatías, determinar variantes anatómicas (hiperlordosis, vertebra transicional, espina bífida, cualquier mega apófisis, sacralización, asimetrías en miembros inferiores, listesis, y otras patologías propias de este estudio. El examen se tomará desde la transición lumbosacra hacia arriba, y que se logre visualizar ambos huesos iliacos; se tomará sin zapatos y en bipedestación.

18) Copia de historia clínica de la EPS últimos dos años. Evaluación de antecedentes medico patológicos de los dos últimos años realizada por el médico militar el día de la valoración física de la cual se pueden generar causales de aplazamiento que serán evaluados por médicos OPS durante verificación de desaplazamientos.

4. Una vez identificados los resultados de la exploración, el médico militar procederá a clasificar el resultado de aptitud psicofísica del aspirante como apto, aplazado o no apto; el estado de APLAZADO corresponde a la continuidad de la verificación que estará a cargo del personal de médicos OPS como se describe en los ítems posteriores.

5. Ante el aplazamiento por hallazgos en el examen físico, historia clínica, alteraciones en exámenes especializados, el médico militar procederá a generar la solicitud de un soporte de repetir estudios alterados concepto de medicina especializada con base al sistema o región corporal afectado, ejemplo: lesión en piel con características que generan sospecha de un diagnóstico dermatológico, solicitar concepto por dermatología para evaluar diagnóstico, tratamiento si amerita y pronóstico en la vida militar a corto, mediano y largo plazo. Se deben evaluar el cargue de soportes para mencionados aplazamientos, identificando si cumple o no con el requerimiento de médico militar, cumplimiento de instructivo para conceptos y demás verificaciones que muestren la validez y veracidad en el soporte cargado.

6. Generar el estado de APTO a aquellos aspirantes que cumplan con los soportes de desaplazamiento requeridos.

7. Generar el estado de APLAZADO a aquellos aspirantes cuyos soportes de desaplazamiento no cumplan con los requerimientos previamente establecidos.

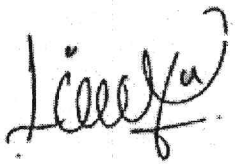
8. Generar el estado de NO APTO a aquel aspirante que cargue un soporte de desaplazamiento en el cual se evidencie una alteración o patología que incumpla los requisitos de aptitud psicofísica acuerdo el decreto 0094 de 1989.

9. Participar de las actividades de semaforización y análisis de causales de aplazamientos del personal de aspirantes al curso IMP como parte de la gestión para el estímulo de los desaplazamientos.
10. Participar de las reuniones de seguimiento establecidas por medico supervisor de contrato, jefe de la sección medica de incorporación naval y demás profesionales que lo indiquen como parte del control de avances en la aptitud psicofísica del curso IMP.
11. Realizar control y seguimiento a los desaplazamientos del personal del curso activo ASP IMP e informar avances a medico supervisor.
12. Asistir a todas las capacitaciones (virtuales o presenciales) programadas por la Dirección de Incorporación Naval, el incumplimiento de esta obligación contractual, generará la finalización del contrato de manera unilateral.
13. Realizar control y seguimiento a los desaplazamientos del personal del curso activo ASP IMP e informar periódicamente avances a medico supervisor acuerdo temporalidad indicada por el mismo.
14. Realizar el adecuado diligenciamiento de los formatos autorizados para la validación de aptitud psicofísica debe llevar sello, firma y el respectivo registro médico del profesional.
15. Tener comunicación constante con el supervisor del contrato e informar cualquier novedad o inquietud que se tenga durante la validación.
16. Describir detalladamente y con claridad las causales de REAPLAZAMIENTO de un aspirante ante la identificación de situaciones que requieran complemento diagnostico o concepto de especialistas externos.
FASE III
1. Realizar la verificación de aptitud psicofísica de los aspirantes al proceso IMP 077 con base en los hallazgos en el examen físico realizado por médico militar, teniendo en cuenta los criterios establecidos en el Decreto 0094 de 1989, Circular 1090 56 del 2008, Decreto Ley 1796 del 2000, Guía Semiológica Dirección General de Sanidad y de acuerdo a las Directrices emitidas por la Sección Medica de la Dirección de Incorporación Naval.
2. Realizar los desaplazamientos correspondientes acuerdo la valoración de aptitud psicofísica de la fase No. 02, este se deberá realizar dentro de los cuatro (04) días calendario posteriores a la presentación de los conceptos por parte del aspirante.
3. Una vez identificados los resultados de la exploración, el médico militar procederá a clasificar el resultado de aptitud psicofísica del aspirante como apto, aplazado o no apto; el estado de APLAZADO corresponde a la continuidad de la verificación que estará a cargo del personal de médicos OPS como se describe en los ítems posteriores.
4. Ante un aplazamiento por hallazgos en el examen físico, historia clínica, alteraciones en exámenes especializados, el médico militar procederá a generar la solicitud de un soporte de repetir estudios alterados, concepto de medicina especializada con base al sistema o región corporal afectado, ejemplo: lesión en piel con características que generan sospecha de un diagnóstico dermatológico, solicitar concepto por dermatología para evaluar diagnóstico, tratamiento si amerita y pronóstico en la vida militar a corto, mediano y largo plazo. Se deben evaluar el cargue de soportes para mencionados aplazamientos, identificando si cumple o no con el requerimiento de médico militar, cumplimiento de instructivo para conceptos y demás verificaciones que muestren la validez y veracidad en el soporte cargado.
5. Generar el estado de APTO a aquellos aspirantes que cumplan con los soportes de desaplazamiento requeridos.
6. Generar el estado de APLAZADO a aquellos aspirantes cuyos soportes de desaplazamiento no cumplan con los requerimientos previamente establecidos.

7. Generar el estado de NO APTO a aquel aspirante que cargue un soporte de desaplazamiento en el cual se evidencie una alteración o patología que incumpla los requisitos de aptitud psicofísica acuerdo el decreto 0094 de 1989.
8. Participar de las actividades de semaforización y análisis de causales de aplazamientos del personal de aspirantes al curso IMP como parte de la gestión para el estímulo de los desaplazamientos.
9. Participar de las reuniones de seguimiento establecidas por medico supervisor de contrato, jefe de la sección medica de incorporación naval y demás profesionales que lo indiquen como parte del control de avances en la aptitud psicofísica del curso IMP.
10. Realizar control y seguimiento a los desaplazamientos del personal del curso activo ASP IMP e informar periódicamente avances a medico supervisor acuerdo temporalidad indicada por el mismo.
11. Asistir a todas las capacitaciones (virtuales o presenciales) programadas por la Dirección de Incorporación Naval, el incumplimiento de esta obligación contractual, generará la finalización del contrato de manera unilateral.
12. Realizar el adecuado diligenciamiento de los formatos autorizados para la validación de aptitud psicofísica debe llevar sello, firma y el respectivo registro médico del profesional.

NOTA: Previo al inicio de la ejecucion del contrato se debera allegar Certificado de Aptitud Medico Laboral.

Atentamente,



LINA MARCELA MOPAN HERNANDEZ
C.C. 1020815766 de Bogotá D.C.
Dirección: Calle 138 No. 50-36, edificio Don Pedro Apto 501 (Bogotá D.C.
Correo electrónico: linamopan@gmail.com

ANEXO "B"
OFERTA DE HONORARIOS

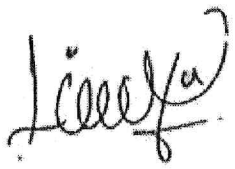
DESCRIPCIÓN	VALOR (INCLUIDAS LAS EROGACIONES QUE CORRESPONDAN)		
	CANTIDAD	UNITARIO/MENSUAL	TOTAL
Prestación de servicios profesionales como médico(a) para la Dirección de Incorporación Naval de la Armada Nacional acuerdo anexo técnico	02 MESES (60 DIAS)	$ 5.193.926,00	$ 10.387.852,00
VALOR TOTAL			$ 10.387.852,00

Nota 1. En la preparación de las ofertas, el proponente deberá incluir en sus precios todos los impuestos, derechos, transporte y otros cargos que se causaren durante la ejecución del contrato, los cuales se entenderán incluidos en los precios ofertados en el presente anexo.

Nota 2. En caso que el proponente no indique el impuesto a las ventas (IVA) y haya lugar a este se entenderá que viene incluido en el valor total (IVA presunto), sin perjuicio de las correspondientes correcciones aritméticas por parte del comité económico. Si el bien o servicio está legalmente exento de IVA se deberá indicar de manera clara y expresa la norma que contempla el beneficio.

Nota 3. De conformidad con lo establecido en la Ley 31 de 1992, la unidad monetaria y de cuenta del país es el peso colombiano, en tanto que las fracciones denominadas centavos no volvieron a ser acuñadas por dicha autoridad y por lo mismo no hacen parte de la unidad monetaria ni de cuenta en Colombia, en tal sentido no se establecerán sus tarifas con centavos.

Atentamente,



LINA MARCELA MOPAN HERNANDEZ
C.C. 1020815766 de Bogotá D.C.
Dirección: Calle 138 No. 50-36, edificio Don Pedro Apto 501 (Bogotá D.C.
Correo electrónico: linamopan@gmail.com

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A

Acta de Grado No. 13853

En la Ciudad de Bogotá D.C., el 6 de abril de 2020, se llevó a cabo el Acto de Graduación, presidido por los doctores: Germán Anzola Montero, Rector y Claudia Juliana Grisales Laverde, Secretaria General; en la cual la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. previo el juramento reglamentario, confirió el título de

MÉDICA

A:

LINA MARCELA MOPAN HERNANDEZ

Identificada, con la Cédula de Ciudadanía No. 1.020.815.766 de Bogotá D.C., quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los reglamentos y las normas legales y le otorgó el Diploma que lo acredita como tal.

La Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A., está autorizada para conferir este título según lo establecido en el Artículo 19 de la Ley 30 de 1992.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en Bogotá D.C., el 6 de abril de 2020.

Diploma No. 13853
Registrado al Folio No. 188
Del Libro de Diplomas No. 3
Registro de Titulado No. 13753

Firmado por:

GERMÁN ANZOLA MONTERO
Rector

CLAUDIA JULIANA GRISALES LAVERDE
Secretaria General

COPIA DIGITAL AUTENTICA

Código Seguro de Verificación: UL9bLYdqlpfQNqvi

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CERTIFICA:

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fueron fusionados los antes Hospitales BOSA, PABLO VI, KENNEDY, DEL SUR Y FONTIBON en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran en la Dirección de Contratación, se constata que la señor (a) LINA MARCELA MOPAN HERNANDEZ; con documento de identidad No, 1020815766 celebró Contrato (s) de Prestación de Servicio como se relaciona a continuación:

#	Año	Contrato	Perfil	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor Total Contrato	Valor Honorarios Mensuales	Unidad
1	2022	6571-2022	MEDICO GENERAL	01/04/2022	15/08/2022	$34926931	$6312096	SUBRED
2	2022	8372-2022	PROFESIONAL EN MEDICINA	12/09/2022	31/01/2023	$30958368	$6633936	SUBRED
3	2023	3692-2023	PROFESIONAL EN MEDICINA	01/02/2023	30/04/2023	$19901808	$6633936	SUBRED
4	2023	5003-2023	PROFESIONAL EN MEDICINA	09/05/2023	31/01/2024	$44483005.86666667	$7098352	SUBRED
5	2024	7091-2024	PROFESIONAL EN MEDICINA	20/10/2024	09/12/2024	$11931912	$7018772	SUBRED
6	2024	9865-2024	PROFESIONAL EN MEDICINA	14/12/2024	30/09/2025	$63042935	$7245481	SUBRED
7	2025	5869-2025	Profesional Universitario 3	05/10/2025	30/11/2025	$14756800	$7378400	SUBRED

4 meses
5 meses
8 meses

Copia Certificada
Subred Suroriente

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

Profesional Universitario 3

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

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

Se expide la presente constancia a solicitud del contratista conforme a la información que reposa en base de datos de la Institución a los catorce(14) días del mes de Diciembre de 2025, la cual no tiene fecha de expiración

Hu2gh56i@#$8zX
Atentamente,

Gustavo Andrés Lobo Garrido
DIRECTOR CONTRATACIÓN SUBGERENCIA CORPORATIVA

Copia certificada
Subred Suroccidente

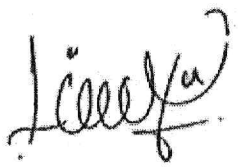
Generado por: Lina Marcela Mopan Hernandez

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Yo, LINA MARCELA MOPAN HERNANDEZ, identificada con la cedula de ciudadanía No. 1020815766 de Bogotá D.C., certifico bajo la gravedad de juramento que no estoy incursa en Inhabilidades e Incompatibilidades para contratar con el estado de acuerdo con la Ley 80 de 1993

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 08 días del mes de enero de 2026.

Atentamente,



LINA MARCELA MOPAN HERNANDEZ
C.C. 1020815766 de Bogotá D.C.
Dirección: Calle 138 No. 50-36, edificio Don Pedro Apto 501 (Bogotá D.C.
Correo electrónico: linamopan@gmail.com

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1020815766

Primer Nombre

LINA

Primer Apellido

MOPAN

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

8543

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2026-01-08→5:20:16 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación
CC	1020815766	LINA	MARCELA	MOPAN	HERNANDEZ	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LINA MARCELA MOPAN HERNANDEZ identificado(a) con CC 1020815766 registra La siguiente información:

2026-01-08→5:20:16 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2021-11-18	93475	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo	Tipo	Lugar Prestación	Fecha	Fecha	Modalidad

Prestación	Lugar Prestación		Inicio	Fin	Prestación
Presto SSO	Local	COLOMBIA|AMAZONAS|LETICIA	2020-10-05	2021-10-04	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada

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

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C102081576600295163
Codigo de verificacion

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **LINA MARCELA MOPÁN HERNÁNDEZ**, identificado(a) con C.C. No. 1020815766 y T.P. o R.M. No. 1020815766 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

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

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el jueves 08 enero 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA PRESIDENTE

HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente

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

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A

Personería Jurídica No. 7392 - de Mayo de 1983 - Resolución No. 1975 del 29 de diciembre de 2004 - Ministerio de Educación Nacional

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, teniendo en cuenta que:

LINA MARCELA MOPAN HERNANDEZ

Cédula de Ciudadanía No. 1.020.815.768 de Bogotá D.C.

Aprobó los estudios programados por la Universidad y cumplió los requisitos exigidos por los estatutos y la ley,
para un programa de formación de nivel de pregrado,
le confiere el título de:

Médica

En testimonio de lo anterior, se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá D.C., República de Colombia, 6 de abril de 2020.

Presidenta,

Rector,

Secretaria General,

Diploma No. 13853
Registrado al Folio No. 188
Del Libro de Diplomas No. 3
Fecha 6 de abril de 2020
Registro de Titulado 13763

Código de Seguridad: 1835-AA-006619

Código Seguro de Verificación: uzCHaJqkMhqL536

COPIA DIGITAL AUTÉNTICA

Dr CARLOS EDUARDO BERNAL SIERRA

Médico Esp SST Reg habilitación: **110013384301** NIT: **80086785**
Prestador Independiente consulta ext. Intramural
Telemedicina Secretaria de Salud de Bogotá
Dirección: Calle 127 # 19A - 44 Consultorio 609
Cel: 313 218 4279
www.carlosbernal.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 32.148

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	07 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

MOPAN HERNANDEZ LINA MARCELA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	29 AÑOS 1 MESES 24 DÍAS	CC	1020815766
Apellidos y Nombres	Teléfonos		Tipo	Número

Cargo
EDICO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	N/A

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL ANUAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: CC: 80086785 - CARLOS EDUARDO BERNAL

R. M.: 86140 -2010 **L.S.O.:** 5128

Código de Seguridad
M367S1Y32148

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MOPAN HERNANDEZ LINA MARCELA

CC: 1020815766

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2025-12-14 20:03

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LINA	MARCELA	MOPAN	HERNANDEZ

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1020815766

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	CAUCA	Municipio	POPAYÁN

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

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	CHOCONTÁ
Dirección	["CARRERA 4 N 8 12 "]				
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA				

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	$4.283.308,00
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$55.162.344,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$59.445.652,00

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	$8.000.000,00

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 [X]

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:
