



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:

Maria Lucia Oviedo Hernandez

IDENTIFICACIÓN:

1.102.870.176

OBJETO CONTRATO:

Psicologa.

| Nº | DOCUMENTO   | VERIFICACIÓN | OBSERVACIÓN |
|----|---|--------------|-------------|
| 1  | Señal de Talento Humano para SAF remitiendo los documentos para el contrato e informando:<br>-No hay personal de planta para cubrir la necesidad actual<br>-Cumple con la idoneidad o experiencia requerida<br>-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)   | N/A          |             |
| 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 delictos 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.<br>(Obligatorio para todos los aspirantes prestación de servicios técnicos y/o tecnológicos)  | N/A          |             |
| 17 | Fotocopia Diploma o Acta de Grado Estudios Profesionales.<br>(Obligatorio para todos los aspirantes prestación de servicios profesionales)  | ✓            |             |
| 18 | Fotocopia Diploma o Acta de Grado de Especialización.<br>(Obligatorio para todos los aspirantes prestación servicios profesionales especializados)  | ✓            |             |
| 19 | Fotocopia Tarjeta Profesional (acuerdo a las profesiones que aplique).  | ✓            |             |
| 20 | Certificado de Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (ReTHUS). (Si Aplica)<br><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 Fotocopia de la Resolución o Acto Administrativo 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).<br><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> | N/A          |             |





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).   | N/A          |             |
| 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).   | N/A          |             |
| 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).   | N/A          |             |
| 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 Cristhyan  | CF Paez Edison  |
| 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 - 22/12/25



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<br>Oviedo   |  | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>Hernandez |  | NOMBRES<br>María Lucia |  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 1102870176 |  |   | GÉNERO<br>F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> |                        | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/> |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>  |  | NÚMERO                                      |  | D.M.                   |  |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO   |  |   | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA   |                        |  |
| FECHA<br>DÍA 27 MES 11 AÑO 1995   |  |   | CALLE 25G 74B 50 Torre 4 apto 920 Modelia  |                        |  |
| PAÍS<br>COLOMBIA  |  |   | PAÍS<br>COLOMBIA   |                        | DEPTO<br>CUNDINAMARCA  |
| DEPTO<br>SUCRE  |  |   | MUNICIPIO<br>SANTA FE  |                        |  |
| MUNICIPIO<br>SINCELEJO  |  |   | TELÉFONO<br>7508904  |                        | EMAIL<br>oviedolucia25@gmail.com   |

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

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

| EDUCACIÓN BÁSICA |    |    |    |    |            |    |    |    |     |       | TÍTULO OBTENIDO |    | EDUCACION MEDIA |      |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-----|-------|-----------------|----|-----------------|------|
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    |     | MEDIA | FECHA DE GRADO  |    |                 |      |
| 1°               | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10° | 11°   | MES             | 11 | AÑO             | 2012 |
|                  |    |    |    |    |            |    |    |    |     |       |                 |    |                 |      |

**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  |                            |
| POSTGRADO           | 0                       |          | X  | MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA  |             |      |                            |
| POSTGRADO           | 4                       | X        |    | MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA  | 11          | 2020 | 182543                     |
| POSTGRADO           | 2                       | X        |    | ESPECIALIZACION EN EVALUACION CLINICA Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS EMOCIONALES Y | 11          | 2019 |                            |
| PREGRADO            | 10                      | X        |    | PSICOLOGIA  | 11          | 2017 | Si                         |

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:

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

| INF (EDUCACIÓN INFORMAL)        |                    | TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO) |          |    |   |             |      |
|---------------------------------|--------------------|---|----------|----|---|-------------|------|
| INSTITUCIÓN                     | MODALIDAD          | No. TOTAL HORAS   | GRADUADO |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS                      | TERMINACIÓN |      |
|                                 |                    |   | SI       | NO |   | MES         | AÑO  |
| CAEM (CAPACITACION Y ASESORIAS) | EDUCACIÓN INFORMAL | 40  | X        |    | ATENCION INTEGRAL A LA VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO | 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 |
| ESPAÑOL |          |   | X  |        |   | X  |            |   | X  |
| INGLÉS  |          | X |    |        | X |    |            | X |    |

**5 EXPERIENCIA LABORAL**

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE                            |  |  |   |         |     |              |     |                                     |                 |    |     |    |     |      |
|--|--|--|---|---------|-----|--------------|-----|-------------------------------------|-----------------|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Empathica S.A.S.                |  |  |   | PÚBLICA |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍ<br>COLOMBIA                     |                 |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ, D.C.                         |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ, D.C.                 |         |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD          |                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS  |  |  | FECHA DE INGRESO                          |         |     |              |     |                                     | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |      |
|  |  |  | Día                                       | 15      | Mes | 01           | Año | 2025                                | Día             |    | Mes |    | Año |      |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>157 PSICOLOGA CLINICA     |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE PSICOLOGIA CLINICA |         |     |              |     | DIRECCIÓN<br>AVENIDA CALLE 110 9 25 |                 |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                           |  |  |   |         |     |              |     |                                     |                 |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Fundación Psico-rehabilitar IPS |  |  |   | PÚBLICA |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍ<br>COLOMBIA                     |                 |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ, D.C.                         |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ, D.C.                 |         |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD          |                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3024450847                              |  |  | FECHA DE INGRESO                          |         |     |              |     |                                     | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |      |
|  |  |  | Día                                       | 01      | Mes | 12           | Año | 2022                                | Día             | 31 | Mes | 10 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>157 PSICOLOGA CLINICA     |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA PSICOLOGIA CLINICA    |         |     |              |     | DIRECCIÓN<br>AVENIDA CALLE 6 70B 71 |                 |    |     |    |     |      |

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 | 0                     | 11    |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 0                     | 0     |
| EXPERIENCIA DOCENTE         | 0                     | 0     |

**8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá - 22/12/25

Maria Oviedo

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 - 22/12/25  
Ciudad y fecha

93 Arango Crishtyan  
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



NEUROAPRENDE

Consultorio de Rehabilitación Integral

Terapia Ocupacional  
Fonoaudiología  
Psicología

**CERTIFICA QUE:**

La Señorita **María Lucia Oviedo Hernández** identificada con cedula de ciudadanía **#1.102.870.176 de Sincelejo (Sucre)**, labora en esta Empresa desde el 24 Abril de 2018 hasta Septiembre 16 del 2021, se desempeñó como **COORDINADORA DEL AREA DE PSICOLOGIA** sin dificultad en sus labores cumpliendo a cabalidad su trabajo responsablemente, devenga un salario de **\$2.100.000 (Dos millones cien mil pesos)** más auxilio de transporte de **\$ 296.000**.

Para constancia de lo anterior se expide el presente Certificado en la ciudad de Barranquilla **18 de Noviembre 2021** a quien interese.

**PAOLA SANTRICH  
TERAPEUTA OCUPACIONAL  
GERENTE GENERAL**

Cra. 42 #72 B - 149  
Tel. 301 436 4032  
Barranquilla, Colombia



Empathica S.A.S.

NIT: 9018274223

Fecha: 17 de marzo de 2025

**A QUIEN CORRESPONDA:**

Por medio de la presente, certificamos que la profesional **María Lucía Oviedo Hernández**, identificada con el documento de identidad **No. 1.102.870.176**, colabora con **Empathica S.A.S.** como **Psicóloga Clínica**, prestando sus servicios a través de nuestra plataforma a partir del 15 de enero del 2025 hasta la fecha presente.

Empathica S.A.S. actúa como una plataforma de intermediación que conecta a usuarios con profesionales del área de la psicología, enfocándonos en la orientación psicológica. La profesional mencionada lleva a cabo sus funciones de manera autónoma e independiente, alineándose con los estándares de calidad y ética promovidos por nuestra plataforma.

El rol de **María Lucía Oviedo Hernández** está orientado a brindar apoyo y orientación psicológica, especialmente a profesionales recién graduados o con poca experiencia, promoviendo su bienestar y desarrollo personal y profesional.

Para mayor información, puede comunicarse con nosotros a través del correo electrónico [info@empathica.com.co] (mail to: info@empathica.com.co) o al teléfono +57 3229253891

Cordialmente,

Vallentina Guevara

CEO

Empathica S.A.S.



Firma: \_\_\_\_\_



**CERTIFICACION**

Por medio de la presente me permito certificar que MARÍA LUCÍA OVIEDO HERNÁNDEZ, identificada con Tarjeta profesional No. 182543 del CCP, con cédula de ciudadana número 1.102.870.176 de Sincelejo (sucre), estuvo vinculada a la FUNDACION UNIDOS CONTRA LA DEPRESION en calidad de PSICOLOGA CLINICA por medio de Contrato de Prestación de Servicios a partir del día dieciocho (18) de Enero de 2021 hasta el día doce (12) de Septiembre del mismo año.

Se expide en Bogotá, a los diecisiete días (17) días de Noviembre de 2021

Atentamente



LUZ MARINA CARRILLO TORRES

DIRECTORA

FUNDACION UNIDOS CONTRA LA DEPRESION





**FUNDACIÓN IPS DE REHABILITACIÓN EN SALUD MENTAL, CONDUCTUAL Y EMOCIONAL PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES "PSICOREHABILITAR IPS"**

## **LA FUNDACIÓN PSICOREHABILITAR IPS NIT. 900217424-7**

### **CERTIFICA**

Que la señora OVIEDO HERNANDEZ MARIA LUCIA con cedula de ciudadanía N° 1.102.870.176 de Bogotá, presto sus servicios profesionales como Psicóloga en nuestra institución del 01 de diciembre de 2022 a 31 de octubre de 2023, bajo contratos de prestación de servicios profesionales, con las siguientes obligaciones contractuales:

1. Realizar 72 sesiones de atención psicológica, en un máximo de cuatro sesiones por usuario en el mes, dando cumplimiento a los lineamientos técnicos vigentes del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
2. Conocer y cumplir los lineamientos técnicos vigentes del ICBF para la atención de niños, niñas y adolescentes, con derechos amenazados y/o vulnerados.
3. Conocer y aplicar los manuales, protocolos, procedimientos, normas y guías técnicas institucionales.
4. Garantizar la cantidad de sesiones y periodicidad de atención por usuario, de acuerdo con el lineamiento técnico vigente del ICBF.
5. Garantizar la legalidad de las sesiones de atención, con los mayores estándares de calidad, que cumpla con los requisitos estipulados en el lineamiento técnico de ICBF y protocolos de atención de la Fundación.
6. Cumplir con todos los componentes de la atención: alistamiento, atención, registro en historia clínica, estudios de caso y elaboración de informes.
7. Programar la primera sesión de los casos asignados dentro de los tres días siguientes a la entrega de la remisión.
8. Notificar a la autoridad administrativa la programación de la primera sesión de cada uno de los casos.
9. Atender a los usuarios según su disponibilidad de tiempo procurando no afectar los horarios de la jornada escolar del paciente.
10. Realizar el agendamiento y registrar la programación en el archivo de drive, manteniendo actualizada la agenda en tiempo real, con los datos completos de los usuarios (documento de identidad, apellidos y nombres).
11. Reportar el último día de atención semanal los ingresos, egresos y archivos por AZ en el formato establecido por la fundación al correo [ingresoyegresopsicorehabilitar@gmail.com](mailto:ingresoyegresopsicorehabilitar@gmail.com), (a más tardar el día sábado de cada semana).
12. Evaluar a cada uno de los consultantes remitidos, utilizando el protocolo de entrevista inicial de la Fundación PsicoRehabilitar y aplicando las pruebas pertinentes de acuerdo a la necesidad de cada consultante. Todas las niñas, niños y adolescentes deben tener evaluación cognitiva o en su defecto un tamizaje cognitivo (los resultados se deben reportar a más tardar en el primer informe evolutivo). Los casos en los que no es posible realizar esta evaluación, deben estar justificados.
13. Diligenciar en la primera sesión los siguientes documentos: "consentimiento informado", "consentimiento informado COVID", "socialización pacto de convivencia", "protección de datos personales", y "solicitud de documentos de atención", para garantizar la autorización de atención por parte del representante legal o acompañante del NNA.
14. Notificar a la autoridad administrativa (defensor y equipo psicosocial) cada vez que se presente una inasistencia a la sesión programada y dejar el respectivo soporte en la historia clínica. En caso de presentarse dos inasistencias consecutivas del mismo usuario se debe solicitar un estudio de caso en el envío de la notificación de la segunda inasistencia. El respectivo soporte debe reposar en historia clínica siendo éste indispensable para efectuar el pago por sesión no efectiva. Adicionalmente, cada inasistencia debe estar registrada en el anexo de la historia clínica.
15. Diligenciar debidamente los formatos de entrevista y evolución del usuario, archivándolos en la historia de atención correspondiente al finalizar cada consulta. Cada evolución debe incluir: objetivos, estrategias, plan de acción y resultados; además de una breve descripción del estado del consultante al terminar la sesión. Al final de cada evolución debe registrarse firma y sello del profesional, firma y huella de consultante y acudiente.
16. Realizar la encuesta de satisfacción global a cada usuario, en los tiempos establecidos para el envío de los informes.
17. Realizar el proceso de intervención enmarcado en el modelo de atención de la Fundación PsicoRehabilitar, garantizando los procesos de intervención interdisciplinarios para aquellos usuarios que lo requieran.
18. Mantener la retroalimentación continua de los casos cuando se encuentran con otras especialidades.
19. Elaborar en los formatos entregados por la Fundación, los informes de atención de cada NNA y enviarlos vía correo electrónico a la autoridad administrativa con copia oculta al correo [informesamericas@gmail.com](mailto:informesamericas@gmail.com) dentro de los tiempos estipulados en el protocolo de la Fundación y lineamiento técnico vigente del ICBF, dando cuenta de los hallazgos clínicos encontrados durante el tiempo de atención: Informe de plan de atención a los treinta (30) días calendario a partir de la fecha de ingreso del usuario; informe de evolución a los noventa (90) días de la elaboración y envío del informe del plan de atención y de ahí en adelante cada noventa (90) días por el tiempo que dure el proceso; informe de resultados o cierre a más tardar al día siguiente de la sesión de






**FUNDACIÓN IPS DE REHABILITACIÓN EN SALUD MENTAL, CONDUCTUAL Y EMOCIONAL PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES "PSICOREHABILITAR IPS"**

- finalización del proceso; informes extraordinarios que solicite el defensor de familia dentro de los 3 días siguientes a la solicitud del mismo.
15. El tiempo de duración de los procesos de atención debe ser de seis meses, en caso de requerir una prórroga se deberá solicitar por escrito a la autoridad administrativa, adjuntando copia de dicha solicitud en la historia de atención.
  16. Diligenciar la información completa de las planillas de atención con firma y huella de quien es atendido y firma del acompañante, mostrando trazabilidad con todos los documentos que soportan una sesión.
  17. Dejar custodiadas en el archivo las planillas al finalizar la atención.
  18. Diligenciar la matriz de caracterización mensual según lo estipulado por el ICBF y la Fundación PsicoRehabilitar.
  19. Participar en la auditoría mensual del 14% de las historias clínicas en las que se evalúa la trazabilidad de la matriz de caracterización, historias de atención, planillas de firma y otras inherentes a la misma. Entregar las planillas de atención, las cuales deben evidenciar el cumplimiento de las sesiones mensuales establecidas por LA CONTRATANTE según Lineamiento técnico vigente del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
  20. Asistir a estudios de caso convocados por la autoridad administrativa como parte del proceso de atención y presentar los insumos correspondientes del proceso del usuario del cual se realizará estudio de caso.
  21. Seguir el protocolo establecido por la Fundación para la notificación de novedades, en los casos en que el consultante presenta alguna eventualidad en relación con el proceso terapéutico.
  22. Conocer y aplicar las políticas y requisitos del Sistema de Gestión de Calidad de la fundación.
  23. Asistir a todas las reuniones y espacios de capacitación convocados por la Fundación.
  24. Mantener una debida presentación personal siguiendo el código del buen vestir estipulado por la Fundación.
  25. Portar el carné y la bata entregadas durante el tiempo que se encuentre dentro de las instalaciones de la Fundación. La bata se debe mantener en adecuadas condiciones de aseo y presentación y ambos se deben restituir en el mejor estado posible a la terminación del contrato de prestación de servicios.
  26. Custodiar y responder por los bienes muebles, elementos e implementos de oficina de propiedad de la Fundación, entregados para el desarrollo del objeto del presente contrato.
  27. Respetar el conducto regular establecido por la Fundación PsicoRehabilitar IPS.
  28. Tratar a los pacientes en todo momento con respeto, sin utilizar chantajes ni términos descalificantes, discriminatorios o intimidantes.
  29. Utilizar la bata y el carnet de identificación, dentro de las instalaciones de la fundación.
  30. Entregar debidamente organizada la documentación que se haya producido durante la ejecución del contrato cuando así sea solicitada o, en todo caso, cuando finalice el contrato.
  31. Asumir, en el menor tiempo posible, los ajustes a los protocolos y procesos de atención que se llegasen a presentar durante la ejecución del contrato.
  32. Todas las demás que sean solicitadas por LA CONTRATISTA como parte del proceso.

La presente certificación se expide el 12 de noviembre del 2024.

Cordialmente,

  
JAIRO SEGURA ROMERO C.C  
79.498.017 DE BOGOTÁ  
[ADM.PSICOREHABILITAR@GMAIL.COM](mailto:ADM.PSICOREHABILITAR@GMAIL.COM)  
TELÉFONO: 3203552149



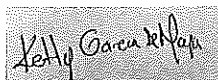
Barranquilla, 10 de Noviembre del 2021

A QUIEN INTERESE

MARIA LUCIA OVIEDO HERNANDEZ identificado (a) con la cedula de ciudadanía número 1102870176 expedida en Sincelejo- sucre, realizo mi periodo de vacaciones en Clínica La Asunción en el cargo de Psicóloga desde el 27 de Agosto del 2021 hasta el 13 de Septiembre del 2021, cumpliendo con el acompañamiento a pacientes y familiares en el área de hospitalización, urgencias, unidad de cuidados intensivos y consulta externa que tuvieran diagnostico oncológico o cuyo bienestar psicosocial se viera afectado.

Se expide la presente constancia para los fines que el interesado estime conveniente, en la ciudad de Barranquilla, a los 10 días del mes de Noviembre del 2021.

Atentamente,



Ketty Garcia De Moya  
Psicóloga  
T.P 182538



Empathica S.A.S.

NIT: 9018274223

Fecha: 29 de julio de 2025

**A QUIEN CORRESPONDA:**

Por medio de la presente, certificamos que la profesional **María Lucía Oviedo Hernández**, identificada con el documento de identidad **No. 1.102.870.176**, colabora con **Empathica S.A.S.** como **Psicóloga Clínica**, prestando sus servicios a través de nuestra plataforma a partir del 15 de enero del 2025 hasta la fecha presente.

Empathica S.A.S. actúa como una plataforma de intermediación que conecta a usuarios con profesionales del área de la psicología, enfocándonos en la orientación psicológica. La profesional mencionada lleva a cabo sus funciones de manera autónoma e independiente, alineándose con los estándares de calidad y ética promovidos por nuestra plataforma.

El rol de **María Lucía Oviedo Hernández** está orientado a brindar apoyo y orientación psicológica, especialmente a profesionales recién graduados o con poca experiencia, promoviendo su bienestar y desarrollo personal y profesional.

Para mayor información, puede comunicarse con nosotros a través del correo electrónico [info@empathica.com.co] (mail to: info@empathica.com.co) o al teléfono +57 3229253891

Cordialmente,

Vallentina Guevara

CEO

Empathica S.A.S.



Firma: \_\_\_\_\_



Tipo de declaración  Fecha de publicación

| Nombres y apellidos completos |                |                 |                  |
|-------------------------------|----------------|-----------------|------------------|
| Primer nombre                 | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| MARÍA                         | LUCÍA          | OVIEDO          | HERNÁNDEZ        |

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

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|--------------|------|--------------|-----------|-------|
|              |      |              |           |       |
|              |      |              |           |       |
|              |      |              |           |       |
|              |      |              |           |       |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|----------|-------|
|          |       |
|          |       |
|          |       |
|          |       |

## 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:



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.102.870.176

OVIEDO HERNANDEZ

APELLIDOS

MARIA LUCIA

NOMBRES

*Maria Lucia Oviedo Hernandez*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-NOV-1995

SINCELEJO  
(SUCRE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65  
ESTATURA

O+  
G.S. RH

F  
SEXO

02-DIC-2013 SINCELEJO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-2800100-00554216-F-1102870176-20140317

0037603091A 1

41782123





POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:47:50 PM horas del 02/12/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1102870176**

Apellidos y Nombres: **OVIEDO HERNANDEZ MARIA LUCIA**

### **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.



Dirección: Avenida El Dorado # 75  
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.  
Atención administrativa: Lunes a  
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y  
2:00 pm a 5:00 pm  
Línea de atención al ciudadano:  
5159700 ext. 30552 (Bogotá)  
Resto del país: 018000 910 112  
E-mail: [dijin.araic-  
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.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 20:29:26 horas del 02/12/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1102870176**, Apellidos y Nombres **OVIEDO HERNANDEZ MARIA LUCIA**

### NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Armada Nacional**, con NIT **909541302-9** 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, 02/12/2025 08:51:30 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1102870176** y Nombre: **MARIA LUCIA OVIEDO HERNANDEZ.**

## 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. **128314875** . 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 Búsqueda

Imprimir

515 9000



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





# PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN COLOMBIA

¿ Cuanto es 2 X 3 ?

Consultar

### Datos del ciudadano

Señor(a) MARIA LUCIA OVIEDO HERNANDEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1102870176.

### El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.  
Fecha de consulta: martes, diciembre 02, 2025 · Hora de consulta: 20:46:07

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las providencias ejecutoriadas por el término de la sanción impuesta, así como las inhabilidades impuestas por la autoridad competente y las automáticas que ordena la Constitución Política y la Ley en Colombia.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en el certificado ordinario, más las inhabilidades intemporales previstas en la Ley para algunos cargos de la administración pública, tales como los de elección popular.

DATOS PERSONALES, si los Nombres que aparecen en la consulta del certificado son inexactos, por favor de clic [aquí](#) para realizar la actualización de la REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, si luego de este paso los datos siguen erróneos por favor diríjase a la Registraduría mas cercana.

### OTRAS ENTIDADES



# PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN COLOMBIA

#### Sede principal

Dirección: Carrera 5 # 15-80, Bogotá D.C., Colombia  
Código Postal: 11032  
Horario de atención: Lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m., jornada continua

Teléfono conmutador: +57 601 587 8750  
Línea gratuita: +57 01 8000 940 808  
Línea anticorrupción: +57 01 8000 940 808

Contáctenos:  
[Sede Electrónica](#)

Correo de notificaciones judiciales:  
[Notificaciones Judiciales](#)

 [Twitter](#)

 [Instagram](#)

 [Facebook](#)

[Mapa del sitio](#)

[Políticas de protección de datos](#)

[Políticas](#)



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

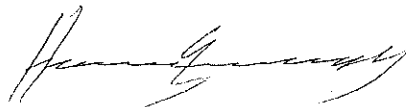
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 02 de diciembre de 2025, a las 20:47:01, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía   |
| No. Identificación     | 1102870176             |
| Código de Verificación | 1102870176251202204701 |

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 1102870176 **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 03/12/2025 11:17 AM



Código Verificación: **C87U9WKBQL**

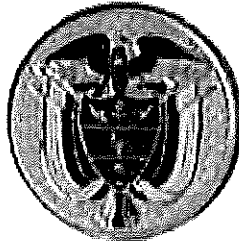
Válida hasta: **03/03/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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





La República de Colombia  
y en su nombre, la

*Institución Educativa*  
**Colegio Militar Decroly**  
Sincelejo, Sucre

Reconocido oficialmente por el Ministerio de Defensa Nacional según Resolución No. 791 del 25 de febrero de 1998 y por la Secretaría Municipal de Educación y Cultura, mediante Resolución No. 3155 del 26 de junio de 2007,

Confiere a:

*María Lucía Oviedo Hernández*

Identificada con T.I. No. 951127-17650 de Sincelejo -Sucre

El Título de

*Bachiller Académico*

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, Conforme a lo dispuesto por la Ley 115 de 1994 según los planes y programas vigentes del Proyecto Educativo Institucional.

Capitán de Navío (R) Fernando de Jesús García Seba  
Director General

Exp. Ariel José Gutiérrez Quevedo  
Rector

Anotado al Folio No. 212. Libro de Registro No. 001

Dado en Sincelejo, Sucre, a los 30 días del mes de noviembre del año 2012.

No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1991, expedido por el M.E.C.

Printed

Escaneado con CamScanner



DIPLOMA DE GRADO



**UNIVERSIDAD DEL NORTE**

En nombre de la REPUBLICA DE COLOMBIA y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional mediante decreto No. 263 del 22 de Febrero de 1973, representada por el Consejo Directivo y el Rector,

teniendo en cuenta que

**MARIA LUCIA OVIEDO HERNANDEZ**

C.C. No. 1.102.870.176 de Sincelejo

**Ha cumplido los requisitos académicos exigidos por la Universidad,  
le otorga con todas las prerrogativas, obligaciones y derechos el título de:**

**PSICÓLOGO**

Dado en Barranquilla , a los 9 días del mes de Marzo de 2018

Decano de División

Rector

Secretario Académico

Personería Jurídica  
Resolución No.000396 del  
7 de Junio de 1993

Acta No. 2018-08-C-846

16385



REPÚBLICA DE COLOMBIA



PERSONERÍA JURÍDICA 18.537 DE 1981

# LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA KONRAD LORENZ

Teniendo en cuenta que

*María Lucía Quiedo Hernández*

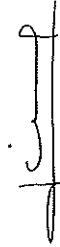
Documento de Identidad No.: *1.102.870.176* Expedido en: *Barranquilla*

Cumplió satisfactoriamente todos los requisitos reglamentarios del Programa de Estudios de Posgrado, le confiere el título de

*Magíster en Psicología Clínica*

En la ciudad de Bogotá, D. C., a los *21* días del mes de *abril* del año *2021*.

  
DECANO

  
RECTOR

*Néstor M. García O.*  
REGISTRO ACADÉMICO

Anotado al Folio *1/3* del Libro No. *4*  
Día *21* Mes *abril* Año *2021*

05153

IMPRESIÓN EN COLOMBIA



REPÚBLICA DE COLOMBIA



PERSONERÍA JURÍDICA 18.537 DE 1981

# LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA KONRAD LORENZ

Teniendo en cuenta que

**María Lucía Oviedo Hernández**

Documento de Identidad No.: 1402870176 Expedido en: Sincelejo

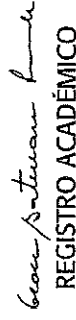
Cumplió satisfactoriamente todos los requisitos reglamentarios del Programa de Estudios de Posgrado, le confiere el título de

**Especialista en Evaluación Clínica y Tratamiento de Trastornos Emocionales y Afectivos**

En la ciudad de Bogotá, D. C., a los 16 días del mes de marzo del año 2020.

  
DECANO

  
RECTOR

  
REGISTRO ACADÉMICO

Anotado al Folio 2 del Libro No. 3  
Día 16 Mes marzo Año 2020



eTítulo Fundación Universitaria Konrad Lorenz



<http://etitulo.com/validar/v/NFOR-TRES-SOAK-OFLI-TEKC-H158-5875-7249-85>



TARJETA PROFESIONAL



República de Colombia  
Colegio Colombiano de Psicólogos

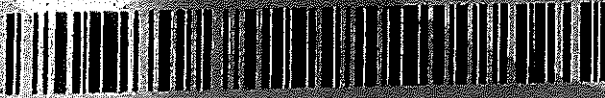
**Tarjeta Profesional  
de Psicólogo**

Ley 1090 de 2006

No. 182543

**MARÍA LUCÍA OVIEDO HERNÁNDEZ**

**C.C. 1102870176**



Expedida: 02/05/2018

IMPRESA S.A.S.

Esta tarjeta profesional es personal e intransferible y acredita a su portador como PSICÓLOGO de conformidad con los Artículos 6 y 12 de la Ley 1090 de 2006 y es requisito legal para el ejercicio profesional en Colombia.

Si esta tarjeta es encontrada, agradecemos enviarla al Colegio Colombiano de Psicólogos.

  
Presidente

[www.colpsic.org.co](http://www.colpsic.org.co)









Cumpliendo con los requisitos establecidos en el artículo 2.6.6.8 de Decreto Único Reglamentario del Sector Educación Informal Decreto 1075 de 26 de mayo de 2015 Registro Mercantil N° 395.510-NIT 901.460.158-6 Licencia Salud Ocupacional No 225 de 2025

# CERTIFICA QUE

# MARIA LUCIA OVIEDO HERNANDEZ

Con documento de identidad No. 1102870176

## CURSÓ Y APROBÓ

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

Con una intensidad horaria de 40 HORAS

VIGENTE DESDE EL 28/10/2025 HASTA EL 28/10/2026

**GUSTAVO RUSSILL IBÁÑEZ**  
Dirección Operativa

REGISTRADO CON EL ID - 2070



**DANIS MARTINEZ ACEVEDO**  
Dirección Administrativa

3007193793 - 3023661756  
[www.grupocaemsas.com](http://www.grupocaemsas.com)



## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

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

### CERTIFICA

Que María Lucia Oviedo Hernandez, identificado(a) con CC número 1102870176, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

|                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN       | CC 1102870176                         |
| NOMBRES Y APELLIDOS                   | María Lucia Oviedo Hernandez          |
| TIPO DE AFILIADO                      | Titular                               |
| PARENTESCO                            | Titular                               |
| FECHA DE NACIMIENTO                   | 27/11/1995                            |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN               | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral  |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN            | 10 - Cobertura Integral               |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS        | 27/05/2002                            |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a)                             |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS      | 679 semanas                           |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS         | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO       | 47 semanas                            |
| RÉGIMEN                               | Contributivo                          |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN        | 14/03/2019                            |
| NIVEL SISBEN                          | No aplica                             |
| EMPLEADOR(ES)*                        |                                       |

CEDULA DE CIUDADANIA 1102870176 MARIA LUCIA OVIEDO  
HERNANDEZ Desde 01/10/2025 - Vigente CEDULA DE  
CIUDADANIA 1102870176 Trabajador Independiente Desde  
01/06/2024 Hasta 30/09/2025

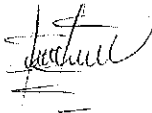


LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA LUCIA OVIEDO HERNANDEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1102870176**, se encuentra afiliado/a desde **13/03/2019** 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 02 de diciembre de 2025.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**  
Dirección de Afiliaciones

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





PROCESO: Talento Humano-PROTH - Área Seguridad y Salud en el Trabajo-ARSS-T  
 Formato: requisitos de vacunación personal con actividades netamente asistenciales DIGSA  
 Código: MDH-COGEF-PROTH-DIGSA-FU 05 1-116  
 Vigente: Agosto de 2023

**INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO**

1. Lea con atención el cuestionario que se encuentra de color azul en cada casilla para su adecuado diligenciamiento.
2. Dirija este formato de forma digital o manual con color negro
3. No cambie el tipo o tipo 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 Salud
6. Elimine del documento las instrucciones de color azul antes de imprimir. Imprima sólo si es necesario

**I. DATOS PERSONALES**

Disponga Apellidos, Nombre, Número de Documento, Edad, Profesión u ocupación, Número de contacto, correo electrónico y marque con una (X) en Hombre o Hombre de acuerdo al género del aspirante

Apellidos: OVIEDO HERNADEZ      Nombres: MARIA LUCIA  
 N° de Documento: 1.102.870.176      Edad: 29 AÑOS  
 Género: Mujer       X      Hombre  
 Profesión u ocupación: PSICOLOGA      Número de contacto: 3187690712  
 Correo electrónico: oviedolucia25@gmail.com

**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 estatus de vacunación.

DIGSA      DISAN EJC      DISAN ARC       X      JEFSA FAC

Establecimiento de Salud Mayor: DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BOGOTA

Cargo al que aspira: PSICOLOGA 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)       X

**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"/> X |    |
| ¿Validación contra el carné de vacunación? | <input checked="" type="checkbox"/> X |    |

**V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES NETAMENTE ASISTENCIALES**

Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marque 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 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, describe la observación en el espacio establecido para esta.

| VACUNA  | GÉNERO       | OBSERVACIÓN  | DOBIS   | CUMPLE SI/NO | FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE        |
|---|--------------|--|---|--------------|--|
| Hepatitis A   | Hombre/Mujer | Ninguna  | 1ra<br>2da<br>3ra                             | SI           | 30/07/2025<br>15/11/2022<br>16/01/2023 |
| Hepatitis B   | Hombre/Mujer | Ninguna  | 1<br>2<br>3                                   | SI           | 12/11/2024                             |
| Toxide Tetánico y Diftérico                             | Mujer        | Este esquema de vacunación se requiere hasta los 49 años de edad.  | 1ra<br>2da<br>3ra<br>4a<br>5a                 | SI           | 15/11/2022<br>16/01/2023<br>30/07/2026 |
|   | Hombre       |  | 1<br>2<br>3                                   | SI           |  |
| Influenza Estacional                                    | Hombre/Mujer | Si la contratación se realiza antes del mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior.<br>Si la contratación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente.<br>La única justificación para la NO aplicación es la no disponibilidad en el país. | 1ra   | SI           | 30/07/2025                             |
| 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.<br>Solo se debe solicitar a menores de 60 años, sin antecedentes de enfermedades que afecten el sistema inmunológico.  | 1ra   | SI           | 2/06/2018                              |
| 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           | 30/07/2025                             |
| Triple Viral (TV)<br>(sarampión, rubéola 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.<br>No es válida la bivalente (sarampión y rubéola)   | TV (SRP) 1 dosis con cepa Jeryl-Lynn adultos. | SI           | 15/11/2022                             |
| DPTa - Difteria - Tetano - Tosteterina a celular        | Hombre/Mujer | ** si certifica esta vacuna, se puede homologar por una (1) sola dosis de Td - Toxide Tetánico y Diftérico, pero no lo contrario.  | 1ra   | SI           | 12/11/2024                             |
| Neumococo   | Hombre/Mujer | Ninguna<br>Se deberá solicitar al personal que fue vacunado con vacuna polisacárido  | 1ra   | SI           | 12/11/2024                             |

**V. ESQUEMA DE VAGUNACIÓN ACTIVIDADES NETAMENTE ASISTENCIALES:**

Verifique con la copia del carné de vacunación si coincide con el esquema establecido, marcando con una X el cumplido o no con cada dosis y determine la fecha de aplicación, y "No Aplica" según lo establecido en el Procedimiento requerido de vacunación de acuerdo a labor personal DFGSA. Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se ajustará en el Apéndice PAI 2.0. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI (Protocolo del Ministerio de Salud y Protección Social), si el esquema de vacunación no se ajustará en ninguno de los dos apéndices, describa la observación en el espacio establecido en el ítem 6.

NOTA: Es importante informar al aspirante que el 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 hizo o (NO) que firmó el Formato de compromiso requerido de vacunación DFGSA, de acuerdo con lo establecido en el Procedimiento requerido de vacunación de acuerdo a labor personal DFGSA.

|    |    |   |
|----|----|---|
| 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.

Firma Jefe de Vacunación del centro de trabajo

S1 BARRETO NINO YEMMY  
 FIRMA RESPONSABLE DEL AREA DE SALUD MILITAR  
 953.075



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

Firma del aspirante



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110018241481

Fecha de generación del carné: jueves, 18 de diciembre de 2025 11:21 a.m.

Datos del Vacunado

|                           |                              |
|---------------------------|------------------------------|
| Tipo de identificación:   | Cédula de Ciudadanía         |
| Número de identificación: | 1102870176                   |
| Nombres y Apellidos       | MARIA LUCIA OVIEDO HERNANDEZ |
| Fecha de nacimiento:      | 27/11/1995                   |

| Vacuna                   | Dosis            | Fecha      | Nombre comercial | Lote       | Institución vacunadora                               |
|--------------------------|------------------|------------|------------------|------------|--|
| Anti - Rábica            | Primer refuerzo  |            |                  |            |  |
|                          | Segundo refuerzo |            |                  |            |  |
|                          | Primera dosis    |            |                  |            |  |
|                          | Segunda dosis    |            |                  |            |  |
|                          | Tercera dosis    |            |                  |            |  |
|                          | Cuarta dosis     |            |                  |            |  |
|                          | Quinta dosis     |            |                  |            |  |
| Antirrábica profiláctica | Refuerzo         |            |                  |            |  |
|                          | 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    |            |                  |            |  |
|                          | Segunda dosis    |            |                  |            |  |
|                          | Segundo refuerzo |            |                  |            |  |
|                          | Primera dosis    |            |                  |            |  |
|                          | Segunda dosis    |            |                  |            |  |
|                          | Refuerzo         |            |                  |            |  |
|                          | Única            |            |                  |            |  |
|                          | Adicional        |            |                  |            |  |
|                          | Adicional 2      |            |                  |            |  |
|                          | Adicional 2      |            |                  |            |  |
|                          | Adicional 3      |            |                  |            |  |
| Adicional 3              |                  |            |                  |            |  |
| DPT                      | Única            | 12/11/2024 | Bostrix          | AC37B477AL | CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA |



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110018241481

Fecha de generación del carné: jueves, 18 de diciembre de 2025 11:21 a.m.

Datos del Vacunado

|                           |                              |
|---------------------------|------------------------------|
| Tipo de identificación:   | Cédula de Ciudadanía         |
| Número de identificación: | 1102870176                   |
| Nombres y Apellidos       | MARIA LUCIA OVIEDO HERNANDEZ |
| Fecha de nacimiento:      | 27/11/1995                   |

|                             |                 |            |                      |            |  |
|-----------------------------|-----------------|------------|----------------------|------------|--|
| DPT Acelular                | Única           |            |                      |            |  |
|                             | Primera dosis   |            |                      |            |  |
|                             | Segunda dosis   |            |                      |            |  |
|                             | Tercera dosis   |            |                      |            |  |
|                             | Primer refuerzo |            |                      |            |  |
|                             | Primera dosis   |            |                      |            |  |
|                             | Segunda dosis   |            |                      |            |  |
|                             | Tercera dosis   |            |                      |            |  |
|                             | Cuarta dosis    |            |                      |            |  |
|                             | Quinta dosis    |            |                      |            |  |
|                             | Refuerzo        |            |                      |            |  |
|                             | Cuarta dosis    |            |                      |            |  |
|                             | Quinta dosis    |            |                      |            |  |
| Única                       |                 |            |                      |            |  |
| Fiebre amarilla             | Primera dosis   |            |                      |            |  |
|                             | Refuerzo        |            |                      |            |  |
| Fiebre tifoidea             | Primera dosis   |            |                      |            |  |
|                             | Segunda dosis   |            |                      |            |  |
| Hepatitis A                 | Primera dosis   | 12/11/2024 | Avaxim 160           | X3D725V    | CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA |
|                             | Segunda dosis   | 30/07/2025 | Havrix 1440          | AHAVC164AJ | CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA |
| Hepatitis A, Hepatitis B    | Primera dosis   |            |                      |            |  |
|                             | Segunda dosis   |            |                      |            |  |
|                             | Tercera dosis   |            |                      |            |  |
| Hepatitis B                 | Primera dosis   | 15/11/2022 | HepatitisB Delta SAS | 220500422D | CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA |
|                             | Segunda dosis   | 16/01/2023 | HepatitisB Delta SAS | 220500422D | CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA |
|                             | Tercera dosis   | 12/11/2024 | HepatitisB Delta SAS | 220501623D | CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA |
| Hepatitis B segundo esquema | Primera dosis   |            |                      |            |  |
|                             | Segunda dosis   |            |                      |            |  |
|                             | Tercera dosis   |            |                      |            |  |
|                             | Refuerzo        |            |                      |            |  |
| Influenza                   | Única           | 30/07/2025 | Vaxigrip             | 5DA18D1G   | CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA |
| Meningococo                 | Única           |            |                      |            |  |
| Meningococo Conjugado       | Única           |            |                      |            |  |
| Meningococo Polisacárido    | Primera dosis   |            |                      |            |  |



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110018241481

Fecha de generación del carné: jueves, 18 de diciembre de 2025 11:21 a.m.

Datos del Vacunado

|                           |                              |
|---------------------------|------------------------------|
| Tipo de identificación:   | Cédula de Ciudadanía         |
| Número de identificación: | 1102870176                   |
| Nombres y Apellidos       | MARIA LUCIA OVIEDO HERNANDEZ |
| Fecha de nacimiento:      | 27/11/1995                   |

|                            |               |            |                     |            |  |
|----------------------------|---------------|------------|---------------------|------------|--|
| Neumo Conjugado            | Única         | 12/11/2024 | Pfizer              | HF9327     | CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA |
| Neumo Polisacárido         | Primera dosis |            |                     |            |  |
|                            | Refuerzo      |            |                     |            |  |
| Neumococo                  | Primera dosis |            |                     |            |  |
|                            | Refuerzo      |            |                     |            |  |
| Neumococo Conjugado        | Primera dosis |            |                     |            |  |
|                            | Segunda dosis |            |                     |            |  |
|                            | Tercera dosis |            |                     |            |  |
|                            | Refuerzo      |            |                     |            |  |
|                            | Única         |            |                     |            |  |
| Sarampión y Rubéola        | Primera dosis |            |                     |            |  |
|                            | Adicional     |            |                     |            |  |
| Td                         | Primera dosis |            |                     |            |  |
|                            | Segunda dosis |            |                     |            |  |
|                            | Tercera dosis |            |                     |            |  |
|                            | Cuarta dosis  |            |                     |            |  |
|                            | Quinta dosis  |            |                     |            |  |
|                            | Refuerzo      |            |                     |            |  |
| Toxoide Tetánico           | Primera dosis | 15/11/2022 | Tetavax             | U3C3811V   | CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA |
|                            | Segunda dosis | 16/01/2023 | Tetavax             | V3N098V    | CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA |
|                            | Tercera dosis | 30/07/2025 | Vacuna Antitetánica | 220501124B | CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA |
| Toxoide Tetánico Diftérico | Primera dosis |            |                     |            |  |
|                            | Segunda dosis |            |                     |            |  |
|                            | Tercera dosis |            |                     |            |  |
|                            | Cuarta dosis  |            |                     |            |  |
|                            | Quinta dosis  |            |                     |            |  |
|                            | Refuerzo      |            |                     |            |  |
| Triple viral               | Primera dosis | 15/11/2022 | Priorix             | A69CF389A  | CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA |
|                            | Primera dosis |            |                     |            |  |
| Varicela                   | Primera dosis | 12/11/2024 | VARIVAX             | Y008950    | CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA |
|                            | Segunda dosis | 30/07/2025 | VARIVAX             | Z002794    | CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA |
| Varicela + Triple Viral    | Única         |            |                     |            |  |
| VPH Bivalente              | Primera dosis |            |                     |            |  |
|                            | Segunda dosis |            |                     |            |  |



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110018241481

Fecha de generación del carné: jueves, 18 de diciembre de 2025 11:21 a.m.

Datos del Vacunado

|                           |                              |
|---------------------------|------------------------------|
| Tipo de identificación:   | Cédula de Ciudadanía         |
| Número de identificación: | 1102870176                   |
| Nombres y Apellidos       | MARIA LUCIA OVIEDO HERNANDEZ |
| Fecha de nacimiento:      | 27/11/1995                   |

|                  |               |  |  |  |  |
|------------------|---------------|--|--|--|--|
| VPH Bivalente    | Tercera dosis |  |  |  |  |
| VPH Nona Valente | Única         |  |  |  |  |
|                  | Primera dosis |  |  |  |  |
|                  | Segunda dosis |  |  |  |  |
|                  | Tercera dosis |  |  |  |  |
|                  | Única         |  |  |  |  |
| VPH Tetravalente | Única         |  |  |  |  |
|                  | Primera dosis |  |  |  |  |
|                  | Segunda dosis |  |  |  |  |
|                  | Tercera dosis |  |  |  |  |
|                  | Única         |  |  |  |  |

# Certificado de Vacunación



Ministerio de Salud  
Roja Colombiana  
de Vacunación

Identificación:

Nombre:

Identificación:

1102870176

Tel: 3187690712

Maria Leticia Ouedo

| Vacuna      | Dosis | Fecha Aplicación | Lote No.   | Firma Vacunador |
|-------------|-------|------------------|------------|-----------------|
| Hepatitis B | 1     | 15-11-2022       | 220500422D | [Firma]         |
| Hepatitis B | 2     | 16-01-2023       | 220500422D | [Firma]         |
| Hepatitis B | 3     | 12-11-2024       | 220501623D | [Firma]         |

Cortesia de Sanofi Pasteur

Triple viral unca 12 11-2024 A69CF881A

Toxide 1 12-11-2024 U18811V

Tetanic 02 12-11-2024 boostrix 109 SV

Dpt 3 12-11-2024

LOT AC37B477AL  
EXP 08-2026

Zahivendu 1 12-11-2024

Neumococo 0 12-11-2024 HF9327

Yanceta 1 12-11-2024 4004440

Yanceta 2

Agallita 4 (1) 12-11-2024 x3D72SV

Caja Royal Colombia

HF9327  
03/2026

Marca Registrada

3-3335-240

**Prevenar<sup>®</sup> (13) Valente**

Varuna Conjugada Neumocócica,

13-Valente

(Difteria CRM<sub>19A</sub> Proteína)

Suspensión Inyectable.

Vía de administración: IM

1 dosis (0,5 mL)



Colombia: Registro No.  
INVIMA 2010M-0010461

Tel:

526711-00159921102

Vía de administración: Subcutánea.  
Reg. San.  
INVIMA 2016MB 0017504



**Varivax<sup>®</sup>**

Varivax<sup>®</sup> es una suspensión vírica de Varicela.  
Adaptada para el uso en niños y adolescentes.  
Cada dosis contiene 0,5 mL de suspensión vírica.



Y008950  
ABR-2026

Registro  
Nombre:

Contenido: 0,5 mL x 1



1. ...  
 2. ...  
 3. ...  
 4. ...  
 5. ...  
 6. ...  
 7. ...  
 8. ...  
 9. ...  
 10. ...

900576



QINSEKUR GIBIR 200 Y SIC  
 SUSPENSOR 200 Y SIC  
 200 Y SIC

23012023

Y3A68

12-2024

27052023  
 XSD72  
 04-2026

W...  
 A...  
 (00)

NEEDS...

FECHA DEL EXAMEN 7/30/25 12:00 AM



DATOS DE INSTITUCION

|           |  |           |                         |
|-----------|--|-----------|-------------------------|
| Nombre:   | OMAR RIVERA MEDICINA ALTERNATIVA/LABORAL | Nit       | NIT 900.938.062-8       |
| Dirección | Calle 24A # 74A-25                       | Teléfonos | 749 8166 - 316 423 1347 |
| e-mail    | info@ipsomarrivera.com                   |           |                         |

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

|                     |                     |                              |                  |                     |            |            |  |
|---------------------|---------------------|------------------------------|------------------|---------------------|------------|------------|--|
| NOMBRES Y APELLIDOS |                     | MARIA LUCIA OVIEDO HERNANDEZ |                  |                     |            |            |  |
| IDENTIFICACION      | CC                  | 1102870176                   | EDAD             | 29 Años             | SEXO       | F          |  |
| ESTADO CIVIL        | SOLTERO (A)         | ESCOLARIDAD                  | POSTGRADO        | FECHA DE NACIMIENTO | 27/11/1995 |            |  |
| LUGAR DE NACIMIENTO | SINCELEJO           | DIRECCION                    | CLL 25 G 74 B 50 | Estrato             | 4          |            |  |
| PROCEDENCIA         | DEPARTAMENTO        | BOGOTÁ, D.C.                 | MUNICIPIO        | BOGOTÁ, D.C.        | TELEFONOS  | 3187690712 |  |
| GRUPO SANGUINEO     | O +                 |                              |                  |                     |            |            |  |
| ARL                 | NO REFIERE          |                              |                  |                     |            |            |  |
| EPS                 | SANITAS E.P.S. S.A. |                              |                  |                     |            |            |  |

DATOS EMPRESA

|              |             |                    |        |
|--------------|-------------|--------------------|--------|
| RAZON SOCIAL | PARTICULAR  |                    |        |
| CARGO        | CONTRATISTA | JORNADA DE TRABAJO | DIURNO |

ANTECEDENTES VISUALES

GAFAS DE PROTECCION

MOTIVO CONSULTA

EXAMEN DE INGRESO  
PREVIA LIMPIEZA DE EQUIPOS BIOMÉDICOS RESPECTIVOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DEL ESPECIALISTA EVALUADOR. EL CONSENTIMIENTO ACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA LO EXPLICADO RELACIONADO CON EL EXÁMEN A REALIZARSE, PREVIO INFORMADO Y FIRMADO EN EL REGISTRO EN LA RECEPCIÓN E IGUALMENTE ENTIENDE QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA DEBE SER

SINTOMAS

VE CLARO

ULTIMO CONTROL VISUAL

|               |        |                |
|---------------|--------|----------------|
| Ultimo Examen | Usa RX | Interpretación |
| Menor 6 meses |        |                |

AGUDEZA VISUAL

| OJO     | SIN CORRECCION |           |           | CON CORRECCION |           |           |
|---------|----------------|-----------|-----------|----------------|-----------|-----------|
|         | DERECHO        | IZQUIERDO | BILATERAL | DERECHO        | IZQUIERDO | BILATERAL |
| LEJANA  | 20/25          | 20/30     | 20/25     |                |           |           |
| PROXIMA | 0.50M          | 0.50M     | 0.50M     |                |           |           |

SEGMENTO ANTERIOR

|  |  |
|--|--|
| OJO DERECHO  | OJO IZQUIERDO                                      |
| ESTRUCTURAS COMPLETAS, LEVE HIPEREMIA CONJUNTIVAL. | ESTRUCTURAS COMPLETAS, LEVE HIPEREMIA CONJUNTIVAL. |

PERCEPCION

|              |              |
|--------------|--------------|
| PROFUNDIDAD  | 50"          |
| COLOR        | 16/17 NORMAL |
| CAMPO VISUAL |              |

MOVIMIENTO

|                              |     |       |    |       |
|------------------------------|-----|-------|----|-------|
| PUNTO MAXIMO DE CONVERGENCIA | LUZ |       | OR |       |
| COVER TEST                   | VL  | ORTHO | VP | ORTHO |



**Nombres y Apellidos**

MARIA LUCIA OVIEDO HERNANDEZ

**Identificación**

CC

1102870176

**OFTALMOSCOPIA**

|  |  |
|--|--|
| <b>OJO DERECHO</b>                               | <b>OJO IZQUIERDO</b>                             |
| ESTRUCTURAS TRANSPARENTES Y APARENTEMENTE SANAS. | ESTRUCTURAS TRANSPARENTES Y APARENTEMENTE SANAS. |

**REFRACCION**

|                      |   |
|----------------------|---|
| <b>OJO IZQUIERDO</b> | - |
| <b>OJO DERECHO</b>   | - |

**RX FINAL**

|                      |   |            |   |               |  |                |  |
|----------------------|---|------------|---|---------------|--|----------------|--|
| <b>OJO DERECHO</b>   | - | <b>AV</b>  | - |               |  |                |  |
| <b>ADD</b>           |   |            |   |               |  |                |  |
| <b>OJO IZQUIERDO</b> |   | <b>AV</b>  |   |               |  |                |  |
| <b>COLOR</b>         |   | <b>USO</b> |   | <b>FILTRO</b> |  | <b>CONTROL</b> |  |

**DIAGNOSTICO**

|                              |                               |
|------------------------------|-------------------------------|
| <b>DIAGNOSTICO 1</b>         | Examen de ojos y de la visión |
| <b>DIAGNOSTICO 2</b>         |                               |
| <b>DIAGNOSTICO 3</b>         |                               |
| <b>DIAGNOSTICO 4</b>         |                               |
| <b>IMPRESION DIAGNOSTICA</b> | EMETROPE                      |

**OBSERVACIONES**

EMETROPE, ESTEREOPSIS, PERCEPCIÓN CROMÁTICA, ESTADO MOTOR Y VISUAL NORMAL.

**RECOMENDACIONES**

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA, REALIZAR PAUSAS DE HIGIENE VISUAL.

Entiendo que la información contenida en el presente informe es confidencial y se anexará a la historia clínica ocupacional, que toda la información que se ha suministrado es verdadera y no he omitido ninguna que pueda ser causante de dificultades laborales en el futuro y se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales, extraocupacionales y sus consecuencias. En constancia de lo anterior firmo.



MAYRA FERNANDA SERRANO C.  
RM: LSO 15602/18  
Firma y sello del Médico Evaluador

MARIA LUCIA OVIEDO HERNANDEZ  
C.C 1102870176  
Firma del trabajador Evaluado

SI BARRERO Y MINO YEIMY  
LIDER OPTOMBOG  
C.E. 32.953.075  
22/12/25

FECHA DE EXAMEN 2025-07-30 10:42:46  
TIPO DE EXAMEN INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR



## DATOS DE INSTITUCIÓN

|            |   |         |                        |
|------------|---|---------|------------------------|
| Nombre:    | OMAR RIVERA MENJURA MEDICINA ALTERNATIVA MEDICINA LABORAL S A S | Nit:    | 900938062 - 8          |
| Dirección: | Calle 24A # 74A-25  | e-mail: | info@ipsomarrivera.com |
| Teléfonos: | 749 8166 - 316 423 1347   | Sede:   | SEDE PRINCIPAL         |

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE

|                |                     |            |              |                    |                     |                  |                 |     |
|----------------|---------------------|------------|--------------|--------------------|---------------------|------------------|-----------------|-----|
| Nombres        | MARIA LUCIA         |            | Apellidos    | OVIEDO HERNANDEZ   |                     |                  |                 |     |
| Identificación | CC                  | 1102870176 | Edad         | 29                 | Genero              | F                | Grupo Sanguineo | O + |
| Procedencia    | Lugar de nacimiento | SINCELEJO  |              |                    | Fecha de nacimiento | 1995-11-27       | Estrato         | 4   |
| Estado civil   | Soltero (a)         |            | Escolaridad  | Postgrado          | Telefonos           | 3187690712       |                 |     |
| Departamento   | Bogotá, D.C.        | Municipio  | Bogotá, D.C. |                    | Dirección           | CLL 25 G 74 B 50 |                 |     |
| EPS            | SANITAS E.P.S. S.A. |            |              |                    |                     |                  |                 |     |
| ARL            | NO REFIERE          |            |              | Fondo de Pensiones | COLPENSIONES        |                  |                 |     |

## DATOS EMPRESA

|   |             |  |                    |           |
|---|-------------|--|--------------------|-----------|
| Razón social                            | PARTICULAR  |  | Fecha de ingreso   | NO APLICA |
| Cargo                                   | CONTRATISTA |  | Sede               |           |
| Area                                    |             |  | Jornada de trabajo |           |
| Acciones que realiza durante el trabajo | NO REFIERE  |  |                    |           |
| Postura habitual durante el trabajo     | NO REFIERE  |  |                    |           |

## EXAMENES REALIZADOS

|                           |   |  |
|---------------------------|---|--|
| Examen Optometría: NORMAL | Examen Medico Ocupacional Con Enfasis Osteomuscular: NORMAL |  |
|---------------------------|---|--|


## CONCEPTO

|                     |                            |      |
|---------------------|----------------------------|------|
| CONCEPTO DE APTITUD | Apto para el cargo         | APTO |
| RECOMENDACIONES     | ESTILOS DE VIDA SALUDABLES |      |

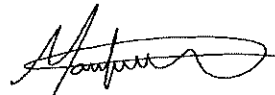
## RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL (GENERALES) INGRESO AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

|                  |
|------------------|
| HIGIENE POSTURAL |
|------------------|

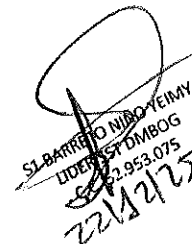
"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta" Igualmente, el paciente de manera libre y autónoma, consciente y autoriza a OMAR RIVERA MENJURA MEDICINA ALTERNATIVA MEDICINA LABORAL S.A.S, para que realice los procedimientos pertinentes"

  
Dr. Omar Rivera Menjura  
Esp. Salud Ocupacional  
RM. 3206 L.S.O. 4059 S.D.S.

OMAR AUDREY RIVERA MENJURA\*  
RM: RM 3206 LSO 4059 04/19  
Firma y sello del médico evaluador



MARIA LUCIA OVIEDO HERNANDEZ  
CC 1102870176  
Firma del trabajador evaluado

  
SI BARRIO NIÑO YEMY  
LIDER ESTIMBOG  
C.C. 2.953.075  
22/12/25



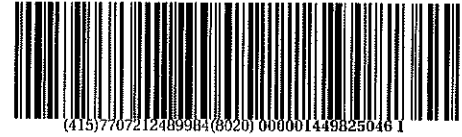
2. Concepto  Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14498250461



(415)7707212489984(8020) 000001449825046 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 1 0 2 8 7 0 1 7 6

6. DV

0

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

**IDENTIFICACION**

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

26. Número de identificación:

1 1 0 2 8 7 0 1 7 6

27. Fecha expedición:

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

29. Departamento:

Sucre

30. Ciudad/Municipio:

Sincelejo

31. Primer apellido

OVIEDO

32. Segundo apellido

HERNANDEZ

33. Primer nombre

MARIA

34. Otros nombres

LUCIA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

**UBICACION**

38. País:

COLOMBIA

39. Departamento:

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

41. Dirección principal

CL 25 G 74 B 50 BRR MODELIA

42. Correo electrónico:

oviedolucia25@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

45. Teléfono 2:

3 1 8 7 6 9 0 7 1 2

**CLASIFICACION**

**Actividad económica**

**Actividad principal**

46. Código:

7, 2, 2, 0

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 8 0 5 0 1

**Actividad secundaria**

48. Código:

8, 6, 1, 0

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 9 0 1 0 1

50. Código:

**Otras actividades**

1

2

**Ocupación**

51. Código

52. Número establecimientos

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

53. Código: 1 2

**12- Ventas régimen simplificado**

**Obligados aduaneros**

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 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                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 57. Modo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          |                          | 58. CPC  | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     |

**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:

61. Fecha:

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre OVIEDO HERNANDEZ MARIA LUCIA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE





## CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,  
BOGOTA, D.C.,  
COLOMBIA,  
A quien interese**

**03/12/2025**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor MARIA LUCIA OVIEDO HERNANDEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1102870176**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

|                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| Número            | <b>0550004500261971</b> |
| Fecha de apertura | <b>30/03/2023</b>       |


Cordialmente,

**BANCO DAVIVIENDA**



FORMULARIO No.7

FORMATO DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO DE CUENTA SIIF II E INFORMACIÓN TRIBUTARIA

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

CIUDAD Bogotá FECHA 27/07/2015  
 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 JURÍDICA NACIONAL O EXTRANJERA</b><br>Fotocopia Cédula de Ciudadanía<br>Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio<br>Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)   | <b>PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA</b><br>Fotocopia Cédula de Ciudadanía<br>Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT) (si es contratista).<br>Fotocopia de la cédula de extranjería, licencia u otro documento que aporte el extranjero. |
| <b>CONSORCIO O UNION TEMPORAL</b><br>Aplica para los participantes y representantes legales del Consorcio o Unión Temporal.<br>Fotocopia Cédula de Ciudadanía<br>Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio<br>Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)<br>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 BÁSICA** Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Número:

**DATOS PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: MARIA LUZ QUEVEDO HERNÁNDEZ

Tipo documento de identificación:

|                        |                                     |                       |
|------------------------|-------------------------------------|-----------------------|
| Cédula de Ciudadanía:  | <input checked="" type="checkbox"/> | No. <u>1102870196</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**

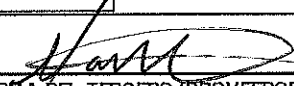
|  |                          |                                 |                          |                                 |                          |
|--|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| 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"/> | ENTIDAD EN PROCESO LIQUIDATORIO | <input type="checkbox"/> | SI |
| PUBLICO | <input type="checkbox"/> |                                 |                          | NO |
| MIXTO   | <input type="checkbox"/> |                                 |                          |    |

PORCENTAJE DE CAPITAL MIXTO

|         |                          |   |
|---------|--------------------------|---|
| PUBLICO | <input type="checkbox"/> | % |
| PRIVADO | <input type="checkbox"/> | % |
| TOTAL   | <input type="checkbox"/> | % |

| 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   | <input type="checkbox"/>            |
|  |  | CONTRIBUYENTE  |                                     |
| 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"/>  |  | 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  | X Calle 25 G #34B-50   |  | Teléfono X 3183690712               |
| E-mail   | X ovidolova25@gmail.com  |  | Fax                                 |
| País   | X Colombia   |  | Región                              |
| Ciudad   | X Bogotá   |  |                                     |
| Localización   | Nacional <input checked="" type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/> |  |                                     |
| Página Web   |  | Contacto   |                                     |
| Designación del contacto   |  | E-mail del contacto  |                                     |
| Apartado   |  | contacto   |                                     |
| Aéreo  |  |  |                                     |
| VII. REPRESENTANTE LEGAL   |  |  |                                     |
| TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL  |  | Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Número: |                                     |
| Revisor Fiscal   | <input type="checkbox"/>   | Tutores y Curadores por los                                      | <input type="checkbox"/>            |
| Albaceas   | <input type="checkbox"/>   | incapaces  |                                     |
| Representante legal de Personas  | <input type="checkbox"/>   | Mandatarios o Apoderados   | <input type="checkbox"/>            |
| Jurídicas  |  | Generales  |                                     |
| Donatarios o Asignatarios  | <input type="checkbox"/>   | Padres por su hijos menores                                      | <input type="checkbox"/>            |
| Otros  | <input type="checkbox"/>   | Nombre Representante Legal:                                      |                                     |
|  |  | Tipo doc. Identificación   |                                     |
|  |  | No. Doc. Identificación  |                                     |
| VIII. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA   |  |  |                                     |
| Entidad Financiera   |  | Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Número: |                                     |
| X Davivienda   |  | Número de Cuenta   | X 0550004500261971                  |
| Tipo de la cuenta bancaria   | Corriente <input type="checkbox"/>   | Ahorro   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <p>X <u>MARIA OLVEDO</u> </p> <p>NOMBRE Y FIRMA DEL TERCERO (PROVEEDOR)</p>    |  |  |                                     |
| NOTA 1: El único formato válido para la creación de terceros en el sistema SIIF-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 MARIA LUCIA OVEDO HERNANDEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1102870176, 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:

- 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.
- b) 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).
- c) 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,

C.C. 1102870176

CONTRATISTA





ARMADA NACIONAL  
DIRECCIÓN SANIDAD NAVAL

GESTIÓN CONTRACTUAL  
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Versión: 1.0

Fecha: 20/02/2015

El(los) suscrito(s) a saber MARIA LUISA OMEGA HERNANDEZ, domiciliado en Bogotá, identificado(s) con CC. 1107870176 de SINGELSO respectivamente, quien(es) obra en calidad de PERSONA NATURAL  o JURIDICA  (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 – DIRECCION DE SANIDAD NAVAL, adelanta un proceso de contratación para (escriba el objeto) Psicóloga

\_\_\_\_\_ 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.

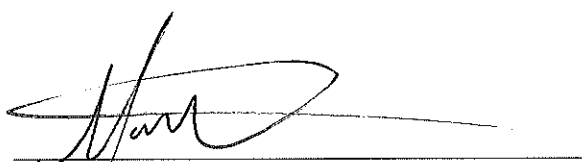
#### CLAUSULA SEGUNDA. CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

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 22 / 12 / 2025



C.C. / 1102870176

|   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
|  | <b>ARMADA NACIONAL</b><br><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> |

### 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, MARIA LUCIA ORRICO HERNANDEZ mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No 110287076, expedida en Sinclair 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.



ARMADA NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL  
PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL  
COMPROMISO ANTISOBORNO

Versión: 1.0

Fecha: 04/11/2022

Página 2 de 2

- 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 (\_\_\_) días del mes de \_\_\_\_\_ del año 20\_\_ con la firma de este documento, doy prueba de que conozco y me comprometo para aplicar la Política Antisoborno del Ministerio de Defensa Nacional.

FIRMA

C.C. 1102870176