



FORMATO LISTA DE CHEQUEO PERSONA NATURAL
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO Y PUESTOS DE SALUD

MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA
PROCESO DE CONTRATACION

Código
GA-CPV-F-010
Versión
V15
Fecha de elaboración
13/02/2025

NOMBRE

Mary kedy Martinez Romero

FECHA

AREA

Equipas básicas

CARGO

TIPO DOCUMENTAL	APLICA
Propuesta y/o invitación a cotizar	
Dos Fotos tamaño 3 cm alto * 2.5 cm ancho	✓
Hoja de vida (Formato único función pública SIGEP)	✓
Formato único declaración de bienes y rentas	✓
Diplomas que acrediten formación académica, acta de Grado y certificaciones de experiencia: Acta y Diploma de Bachiller Acta y Diploma de (Técnico Tecnológico Profesional Especialidad Maestría)	✓
Resolución de autorización para el ejercicio de la profesión	✓
Consulta de Rethus	✓
Fotocopia de la tarjeta profesional	
Certificación Bancaria (Debe contener nombre y logotipo Bancario, N° de documento, N° de cuenta activa y no menor a 3 meses de vigencia actual)	✓
Examen Médico de ingreso vigencia - (1 año) Administrativo: Evaluación médica con énfasis Osteomuscular, Visiometría Asistencial: Evaluación médica con énfasis Osteomuscular, Paraclínicos, Disimetría Asistenciales Radiaciones Ioniz: Evaluación médica con énfasis Osteomuscular, Paraclínicos, Disimetría Laboratorios: Cuadro Hemático, Extendido de sangre periférica, Creatinina, BUN, Urea, Bilirrubinas total, directas, Fosfatasa alcalina, LH, FSH, T3, T4, TSH Conductores: Evaluación médica con énfasis Osteomuscular, Examen Psicosensométrico, Paraclínicos Audiometría, Optometría, Laboratorios: Glucómetro, Perfil Lipídico	✓
Esquema de Vacunas Asistencial: (Hepatitis B, Tétano Toxoide, Sarampión y Rubeola) (esquemas completos)	
Fotocopia de carnet para la protección radiológica y/o certificación de curso de Radiología (Técnico y/o Tecnólogo rayos X, Odontólogo que tome Periapicales)	N/A
Soporte Vital Básico (Auxiliar de Enfermería - Vigencia 2 años)	N/A
Soporte Vital Avanzado (Medicina y Enfermería - Vigencia 2 años)	N/A
Certificación Toma de Muestras (Enfermería - Auxiliares Enfermería)	N/A
Certificación Víctimas de Violencia Sexual (Todos los Profesionales - Especialistas de la salud de Consulta externa, Hospitalización, UCI y Urgencias) (Especialistas, Medicina, Enfermería - Auxiliares Enfermería, Odontología.)	N/A
Certificado de atención a personas víctimas de ataques con agentes químicos (Personal asistencial de urgencias y Tripulación de ambulancia servicio Transporte asistencial: Medicina, Enfermería, Auxiliares de enfermería.)	N/A
Certificado Formación para la gestión del Duelo (Especialistas, Medicina, Enfermería, Auxiliares de enfermería) Servicios de atención del Parto, UCIM y UCI	✓
Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias esenciales para el cuidado de la donante expedida por el Instituto Nacional de Salud. (Para medicina de los servicios de: Hospitalización, UCIM, UCI, Urgencias, Cirugía)	N/A
Certificado de entrenamiento en Toma de Citología (Profesionales que realicen toma de Citologías)	N/A
Certificado de Formación Par la toma de Pruebas POCT (Point of Care Testing -POCT) Todo personal asistencial las realice, con excepción del profesional de bacteriología	N/A
Certificado de formación en el Control del paciente de cuidado intensivo adultos (Enfermería del servicio de Cuidado Intensivo.	N/A
Certificado en el uso de Tecnologías (Para profesionales de Telemedicina)	N/A
Certificado Curso de Tecnovigilancia (Todo el personal)	✓
Certificación Curso de Procesos Prioritarios Aula Virtual (Todo el personal)	✓
Certificado Curso IAMII Aula Virtual (Todo el personal)	✓
Certificación Curso Primeros auxilios o primer respondiente (Conductores - Vigencia 2 años)	N/A

ESE Hospital San Rafael de Pacho - Región de Salud Norte
"Más Humano, Más Seguro"

Cll 9 No. 16-35, Barrio Antonio Nariño - Pacho C/marca - Colombia,

Código Postal: 254001 - Teléfono móvil: 3143345238

www.hospipacho.gov.co - hpacho@cundinamarca.gov.co

VIGILADO Supersalud

Línea de Atención al Usuario 0500870 - Bogotá D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000910393



Gobernación de
Cundinamarca



**FORMATO LISTA DE CHEQUEO PERSONA NATURAL
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO Y PUESTOS DE SALUD**

**MACROPROCESO GESTIÓN ADMINISTRATIVA
PROCESO DE CONTRATACION**

Código

GA-CPV-F-010

Versión

V15

Fecha de elaboración

13/02/2025

Certificado para el manejo del dolor y cuidado paliativo. (Médicos Generales, Enfermeras, Especialistas)	N/A
Licencia de Conducción Vigente (Conductores - Vigencia 2 años)	N/A
Cedula de Ciudadanía al 150%	✓
Consulta y/o certificado de antecedentes Procuraduría, Contraloría, Policía, medidas correctivas, REDAM, Delitos sexuales (Vigencia menor a 3 meses)	✓
Curso de conflicto de intereses (Certificado - Aplicativo por la Integridad Pública - Función Pública)	✓
Registro único tributario - RUT (Actualizado a la fecha para contratar)	✓
Certificación y/o Afiliación a Seguridad Social (salud -pensión - legibles- vigencia actual) Activo EPS Cotizante	✓
Formato SARLAFT Persona Natural	✓
Certificado Curso de Integridad - Función Pública	✓
Copia Póliza de Responsabilidad Civil Profesional vigente -- legible (Enfermeras, Médicos, Especialistas, Odontólogos, Técnico Rx, Bacteriólogo (a), Instrumentador Quirúrgico, Psicólogos, Nutricionistas)	✓
Curso Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG (módulo que corresponda)	✓
Certificado de Inducción Aula Virtual HSRP	✓
Certificado de Entrenamiento al Cargo	N/A
GTH-ATH-F-031 Formato autorización para el manejo de datos personales	✓
Creación de Usuarios: - Dinámica Gerencial (Sistemas) - Aula virtual (Calidad)	N/A

RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL

CARGO	FIRMA
SUBGERENCIA CIENTÍFICA	
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	
SUBGERENCIA COMUNITARIA	
LÍDER DEL PROCESO (donde la persona va a desarrollar sus actividades)	
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
TALENTO HUMANO	
DPTO CALIDAD y SEGURIDAD DEL PACIENTE	
SISTEMAS	
BIOMÉDICOS	
SALUD PÚBLICA (aplica para: Médicos, Especialistas y personal de Enfermería)	

Responsable de la verificación de documentos del área de contratación

NOTA: La documentación presentada en físico debe contener las siguientes características:

- Entregar documentos originales firmados impresos papel ecológico
- Copias de documentos Legibles

ESE Hospital San Rafael de Pacho - Región de Salud Norte
"Más Humano, Más Seguro"
Cll 9 No. 16-35, Barrio Antonio Nariño - Pacho C/marca - Colombia
Código Postal: 254001 - Teléfono móvil: 3143345238
www.hospalpacho.gov.co - hpacho@cundinamarca.gov.co

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 0800870 - Bogotá D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000910083



Gobernación de
Cundinamarca

Pacho Cundinamarca, 13 de abril de 2026

Doctora

JENNY ALEXANDRA TORRES POVEDA

Gerente E.S.E.

HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

ASUNTO: PROPUESTA DE SERVICIOS PARA LOS PROCESOS COMUNITARIOS DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO.

La suscrita Mary Leidy Martínez Romero de acuerdo con las condiciones que se estipulan en la comunicación cursada por el hospital, presento mi propuesta de servicios en los siguientes términos:

Objeto: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, A TRAVÉS DE LA CONFORMACIÓN Y OPERACIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, PARA EL ÁREA RURAL EN EL MUNICIPIO DE PAIME CUNDINAMARCA, EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 00001010 23 DE MAYO DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL.

Alcance: De acuerdo con las normas propias de la profesión u oficio y de acuerdo con las necesidades especiales de la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO**, mis servicios como psicóloga del municipio de Paimé, desarrollando las siguientes actividades:

Serán obligaciones específicas del contratista las siguientes:

- a) Realizar las actividades en cada uno de los Micro territorios del Municipio de **PAIME**, área rural asignada.

ITEM	ACTIVIDADES	PERIODE	SOPORTE
1.	Participar en la Inducción y capacitación de Equipos básicos en Salud acorde con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social para la ejecución de las actividades de acuerdo con la Res. 1010 de 2025 (AIPÉI, Toma de citologías y Rutas integrales de atención en salud)	Al inicio de la operación y ejecución de los Equipos Básicos	Acta, registro fotográfico por capacitación y registro de firma de participación en la Inducción resaltando su nombre y documento de identidad
2	Planeación de la operación por corte de ejecución definido y según micro territorio asignado acorde con la dispersión de la población	Uno por corte de ejecución definido (2)	Cronograma individual por ejecución de actividades y por corte

3	Valoración de primer contacto de acuerdo con los siguientes instrumentos: a) familiograma, b) APGAR familiar, c) escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT d) Ecomapa.	Según cronograma y plan de trabajo de visitas realizadas en cada corte	Formulario de caracterización con:
			a) Familiograma,
			b) APGAR familiar,
			c) Escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT
			d) Ecomapa diligenciados según la herramienta de la Resolución 3280 de 2018 MSPS.
4	Realizar el plan del cuidado o de seguimiento individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización (Logros y acuerdos con la familia y / o cuidador, atenciones, acciones de gestión y novedades) desarrolladas en el sector salud y los diferentes sectores (20 planes por corte) sin realizar más de dos planes por hogar.	20 por corte de ejecución en la operación de los equipos básicos y plan de visitas realizadas 40 total	Plan cuidado o de seguimiento individual, familiar y comunitario integrado a la historia clínica. Formato de canalizaciones y demanda inducida de remisiones realizadas al equipo básico, otros servicios y ente Territorial con su respectivo seguimiento en el formato entregado por la ESE. Certificado emitido por apoyo administrativo en sistemas de los EBS
5	Gestionar las atenciones, intervenciones, acciones en salud prestación de los servicios de salud en la IPS, ESE o ente Territorial de acuerdo con las necesidades identificadas por el EBS (Mínimo 20 tamizajes e instrumentos de salud mental) entregados por la ESE	Según cronograma y plan de trabajo de visitas realizadas (20 hogares) por corte	Formato diligenciado y descargado en carpeta digital e informe ejecutivo de las pruebas de tamizaje e instrumentos aplicados (Word)
6	Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública. A demanda	Según cronograma y plan de trabajo de visitas realizadas, por corte.	Ficha epidemiológica de eventos en salud pública que pongan en riesgo la salud de la familia y la comunidad (Alcaldía Municipal - ESE Hospital - Puesto de Salud) certificado de eventos de salud pública emitido por la enfermera profesional del EBS

7	Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno.	Según cronograma y plan de trabajo de visitas realizadas, por corte.	Acta de actividad Lúdico-Pedagógica "Educación en salud" con su respectivo registro fotográfico, listado de participantes. Material utilizado en la educación para la salud
8	Digitalizar los instrumentos que sean entregados de forma física en la herramienta que defina la ESE	Según cronograma y plan de trabajo de cada corte	Instrumentos digitalizados para subir en la herramienta de APS del MSPS - Drive de la ESE
9	Coordinar los espacios de participación social y popular por cada una de las veredas-barrios y micro territorios abordados por el equipo.	Coordinar y llevar a cabo una jornada por cada micro territorio intervenido, por corte.	Soporte de invitación y divulgación de la jornada. Acta de la jornada con su respectivo listado de participantes, Registro fotográfico donde se identifique el perfil del responsable de la actividad (4 fotos) Listado de personas que participaron de la jornada y en cada servicio medicina general, toma de muestras de laboratorio, vacunación etc.
10	Participar en los Comités convocados por la Entidad Territorial para analizar la efectividad de la atención en salud mental dentro de la oferta intersectorial, así como para identificar y proponer acciones que permitan superar las barreras que afectan la operación y el desempeño de los equipos básicos de salud en la gestión de casos y el acompañamiento psicosocial.	Uno por periodo ejecución definido (2) en total	Actas de comité, listado de asistencia, registro fotográfico (4), e informe de acompañamiento de la gestión de un caso sicosocial presentado dentro del comité con sus respectivos seguimientos.
11	Consulta de psicología para atención en salud mental (Mínimo 20 historias) de primera vez y un seguimiento	Según cronograma y plan de trabajo de visitas realizadas	Historia Clínica de psicología establecida por la ESE diligenciada en sistema dinámica, (mínimo 20 historias clínicas por corte).

12	Revisar Kardex de Gestantes del Municipio y visitar a las gestantes y púerperas del Micro territorio asignado mínimo 1 vez por semana con el acompañamiento del talento humano del equipo básico	4 visitas a gestantes y púerperas durante la ejecución y operación de los equipos básicos para un total de 8	Kardex actualizado de Gestantes – Acta de visita a gestante o púerpera con registro fotográfico, indicaciones, signos de alarma y diligenciamiento de historia clínica.
13	Mantener registros y reportes de actividades realizadas, visitas y caracterizaciones, para entregar así toda esta documentación diligenciada durante la operación de equipos básicos foliada y archivada de acuerdo con las políticas de gestión documental de la ESE	Al finalizar la ejecución de Equipos Básicos	Carpeta foliada y con la respectiva firma de aprobación del líder de gestión documental de la ESE.
14	Apoyar la consulta de Psicología del Puesto de Salud	1 vez a la semana durante la ejecución y operación de los equipos básicos para un total de 4 días mes es decir 8 por los dos cortes	Acta de actividades realizadas durante la jornada, registro fotográfico e historia clínica diligenciada cuando se requiera.
15	Hacer uso del transporte y los distintivos personales suministrados por la ESE	Según cronograma y plan de trabajo de visitas realizadas	Registro fotográfico del uso de distintivos personales y transporte (5 fotos) en el formato entregado por la ESE

Las actividades serán realizadas bajo mi responsabilidad y conforme a los lineamientos definidos por la entidad en sus planes y programas.

Valor propuesto: **SEIS MILLONES DE PESOS (\$6.000.000) MCTE.**

Forma de Pago: se recibirán pagos parciales de acuerdo al cumplimiento del 100% de las actividades ejecutadas, para pagar previa presentación de la cuenta de cobro y certificación por parte del supervisor del contrato

En caso de que el hospital me adjudique el contrato objeto de la presente invitación, me comprometo a suscribirla en los términos y condiciones allí establecidas.

Declaro así mismo:

1. Que esta propuesta y la orden que llegare a celebrarse solo compromete al y/o a solo aquí firmantes.

2. Que conozco el régimen legal aplicable a la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO y aceptamos los requisitos en ellos contenidos.
3. Que me comprometo a prestar el servicio de conformidad con lo solicitado en los términos solicitados, por el término **UN (1) MES Y DIECISEIS (16) DIAS, es decir hasta el 31 de mayo de 2026** contados a partir de la fecha de suscripción del respectivo contrato.
4. Que, si me seleccionan para ejecutar la orden, me comprometo a suscribirla y a aportar los documentos requeridos dentro de los términos señalados para ello.
5. Que no me encuentro incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la ley y la constitución política y no me encuentro en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar.

Atentamente



MARY LEIDY MARTINEZ ROMERO

C.C. No 52867167

Celular: 3114951811

Correo electrónico: maryleidym@gmail.com



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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



1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MARTÍNEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ROMERO	NOMBRES MARY LEIDY
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52867167	GENERO F ☒ M ☐ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 05 MES 06 AÑO 1982 PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ, D.C. MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 38 5 70 casa 62 PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA MUNICIPIO PACHO TELÉFONO 3114951811 EMAIL maryleidym@yahoo.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)							
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:							
TC (TÉCNICA)	TL (TECNOLÓGICA)	TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)	UN (UNIVERSITARIA)				
ES (ESPECIALIZACIÓN)	MG (MAESTRÍA O MAGÍSTER)	DOC (DOCTORADO O PHD)					
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)							
MODALIDAD ACADÉMICA	Nº. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		Nº. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		PSICOLOGIA	11	2006	

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

IDIOMAS

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

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

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - PACHO				PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍ COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO PACHO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día	02	Mes	02	Año	2026	Día	31	Mes	03	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL 2808 PSICÓLOGA	DEPENDENCIA ÁREA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CALLE 9 16 35					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO				PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍ COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO PACHO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día	06	Mes	11	Año	2025	Día	31	Mes	12	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA	DEPENDENCIA ÁREA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CALLE 9 16 null 35					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - PACHO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAI COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA				MUNICIPIO PACHO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
				Día	22	Mes	09	Año	2025	Día	21	Mes	11	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 5614/2016 PSICOSOCIAL				DEPENDENCIA ÁREA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CALLE 9 16 35						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - PACHO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAI COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA				MUNICIPIO PACHO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
				Día	15	Mes	05	Año	2025	Día	14	Mes	08	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA				DEPENDENCIA APOYO PROFESIONAL					DIRECCIÓN CALLE 9 16 35						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - PACHO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAI COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA				MUNICIPIO PACHO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
				Día	05	Mes	09	Año	2024	Día	30	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 5496 PSICOLOGA				DEPENDENCIA APOYO COMO PROFESIONAL					DIRECCIÓN CALLE 9-16-35						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION CRUZANDO FRONTERA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAI COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META				MUNICIPIO VILLAVICENCIA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
				Día	23	Mes	10	Año	2023	Día	30	Mes	12	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AGENTE PROFESIONAL PSICOSOCIAL				DEPENDENCIA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CALLE 48 33 53						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - PACHO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAI COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA				MUNICIPIO PACHO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
				Día	05	Mes	05	Año	2023	Día	28	Mes	10	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA				DEPENDENCIA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CALLE 9 16 35						

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CERTIFICAR.ORG				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 2229075			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	26	Mes	07	Año	2021	Día	02	Mes	05	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1684 2002 PSICOLOGA			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN AVENIDA CARRERA 68 45 62						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD MEDIMETRIA ESPECIALIZADA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8050951			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	28	Mes	03	Año	2018	Día	30	Mes	04	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL REQUIERE CORRECIÓN			DEPENDENCIA AREA EN SALUD					DIRECCIÓN CALLE null 23 17						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ASOC. COL. PLANIFICACION FAMILIA PROFAMILIA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4434000			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	15	Mes	03	Año	2017	Día	30	Mes	04	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL 0418 DE 2013 ASESORA			DEPENDENCIA AREA SALUD					DIRECCIÓN CALLE 34 14 72						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION FUNOF				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO LA PALMA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 7882993			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	10	Mes	11	Año	2016	Día	09	Mes	12	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL REQUIERE CORRECIÓN			DEPENDENCIA APOYO EN SALUD					DIRECCIÓN CALLE 35 NORTE 3N 36						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE EVALUACIÓN MEDICA POR VIDA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5640026			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	30	Mes	04	Año	2015	Día	30	Mes	09	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL REQUIERE CORRECIÓN			DEPENDENCIA APOYO EN SALUD					DIRECCIÓN AVENIDA 13 50 15						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CAPARRAPI				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA				MUNICIPIO CAPARRAPI				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 8532127				FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
				Día	23	Mes	01	Año	2014	Día	31	Mes	12	Año	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ASISTENCIAL DE APOYO I				DEPENDENCIA ÁREA COMISARIA DE FAMILIA					DIRECCIÓN CALLE 9 3 32						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CAPARRAPI				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA				MUNICIPIO CAPARRAPI				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 8532127				FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
				Día	23	Mes	01	Año	2014	Día	11	Mes	11	Año	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD				DEPENDENCIA ÁREA DE LA SALUD MENTAL					DIRECCIÓN CALLE 9 3 32						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD IPS MEDICINA LABORAL DEL LLANO				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE				MUNICIPIO YOPAL				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 2265034				FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
				Día	13	Mes	01	Año	2009	Día	20	Mes	05	Año	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL REQUIERE CORRECCION				DEPENDENCIA ÁREA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 27 14 54						

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE															
INSTITUCIÓN EDUCATIVA				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS							
DEPARTAMENTO				MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO							
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
				Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:		Año:	
ÁREA DE CONOCIMIENTO				NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	2	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	7	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA SON VERACES, (ARTÍCULO 56 DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Pacho, 13 abril 2016

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

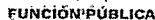
9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS.



1.1. DE BIENES Y RENTAS

Dirección	CARRERA 38A # 5-70 CASA 62 BARRIO: EL MADRIGAL	Teléfonos	3114951811
-----------	--	-----------	------------

[illegible]

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	
ARRIENDOS .	
HONORARIOS.	25,000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	\$ 25,000.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
SCOTIABANK COLPATRIA	AHORROS	4652003981		\$
DAVIPLATA	AHORROS	3114951811		\$
NEQUI	AHORROS	3114951811		\$

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: ☐ SI ☒ NO X tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

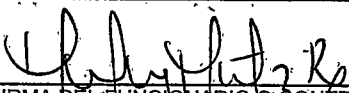
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
	C.C. C.E. T.I.	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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 DE PARTICIPACION

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Pacho, 13 abril 2026
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP



La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre el

Centro María Auxiliadora

autorizado por la secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
según Resolución No. 2462 del 29 de Octubre de 1992

Confiere a

Mary Leidy Martínez Romero

TI. 8206055088 de Bogotá, D.C.

el Título de

Bachiller Académico

por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica, (Artículo 28 Ley 16 de 1994),
según los planes y programas vigentes


Directora


Secretario



Asistido al folio 22 del libro para Control Interno de Diplomas No. 2

Dado en Bogotá, D.C. a 22 de Noviembre de 1992

Se expone Original de la Acta de la Comisión de Exámenes
según Decreto 281 del 6 de Mayo de 1994
y 280 del 3 de Diciembre de 1992
de la Secretaría de la Educación



ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

CENTRO MARIA AUXILIADORA

CALLE 170 No. 14-38

TELÉFONOS 6711158-6729205-6729628

SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D.C.

Inscripción S.E. 36

Inscripción Dane 311848-00449

En la Ciudad de Santafé de Bogotá, D.C., a los veintisiete (27) días del mes de Noviembre de 1999, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de las alumnas de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría del CENTRO MARIA AUXILIADORA, Institución aprobada hasta el año 1999, en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO, según Resolución No. 2462 del 29 de Octubre de 1992.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada una de las alumnas que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO a la alumna graduanda cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Mary Leidy Martínez Romero

T.I. 820605-30855 de Santafé de Bogotá, D.C.

Es fiel copia, tomada del Acta Original General No. 24 del 27 de Noviembre de 1999, consta de 66 alumnas; comienza con el nombre de AMORTEGUI HERNANDEZ DIANA MARCELA y cierra con el nombre de ZORRO VARGAS ANA MILENA. Firmada y sellada por SOR MAGNOLIA GIRALDO RAMIREZ, (Rectora) y SOR RAQUEL BETANCOURT C. (Secretaria).

Dada en Santafé de Bogotá, D.C., a los veintisiete (27) días del mes de Noviembre de 1999.

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la República.

Sor Magnolia Giraldo R.
SOR MAGNOLIA GIRALDO RAMIREZ
Rectora
C.C. 41.337.326 de Bogotá



USUAL EXEER
2000011200001

Sor Raquel Betancourt C.
SOR RAQUEL BETANCOURT C.
Secretaria
C.C. 20.479.966 de Choachí

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y en su nombre la

Universidad Cooperativa de Colombia

Personería Jurídica, resolución 24.195 del 20 de Diciembre de 1.983 del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

Mary Leidy Martínez Romero

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 52'867.167 DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ DC

Ha cumplido con todos los estudios
que los estatutos universitarios exigen para optar al título de

PSICÓLOGA

Le expide el presente diploma. En testimonio de ello
se firma en Bogotá, el día 15 de diciembre de 2006

Fernando GON
Decano de Facultad

Juan Carlos Pérez
Director Seccional

Gerardo P. Amador
Rector

[Firma]
Secretaría General

[Firma]
Registros y Diplomas

Anotado al folio No. 107

del libro de registros y diplomas No. 7

Refrendado en Bogotá el día 15 de diciembre de 2006



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Acta Individual de Graduación No. 01-10-2006

DEPENDENCIA: FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGIA

APROBACIÓN DEL PROGRAMA: SNIES 181841500001100111100

FECHA: 15 DE DICIEMBRE DE 2006

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA. BOGOTA

En atención a que MARY LEIDY MARTINEZ ROMERO

con cédula de ciudadanía No. 52,867,167 de SANTA FE DE BOGOTA

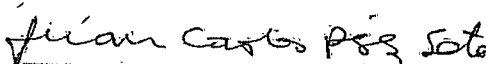
Cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos por las normas legales y
estatutarias, le expide el título de PSICÓLOGA

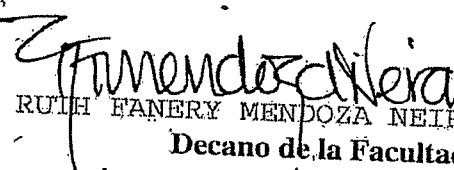
Lo anterior, atendiendo la autorización del Consejo Académico mediante acta

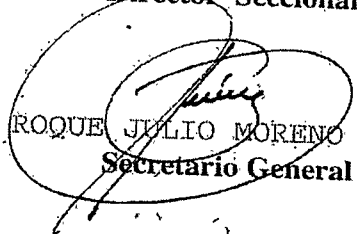
No. 10 en sesión del día 8 de NOVIEMBRE de 2006

Para constancia se suscribe por:


CESAR PEREZ GARCIA
Rector


JUAN CARLOS PEREZ SOTO
Director Seccional


RUTH FANERY MENDOZA NEIRA
Decano de la Facultad


ROQUE JULIO MORENO ESTEVEZ
Secretario General

No. 19363



Médico Laboral Del Llano

IPS

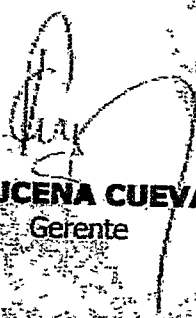
Nº 844.003.652-4

LA GERENTE DE LA IPS MEDICO LABORAL DEL LLANO

CERTIFICA

Que la Doctora **MARY LEIDY MARTINEZ ROMERO** identificada con la cedula de ciudadanía No. 52.867.167 de Bogota D.C., se desempeño como **PSICOLOGA CLINICA** en el programa de (PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD PUBLICA PARA DESARROLLAR ACCIONES DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD MENTAL Contrato FDS 0084 GOBERNACION DE CASANARE). Desde el 13 de Enero al 20 de Mayo del año 2009.

Se expide a solicitud de la interesada a los veinte (20) días del mes de Mayo de 2009.


MARTHA AZUCENA CUEVAS AMADO
Gerente



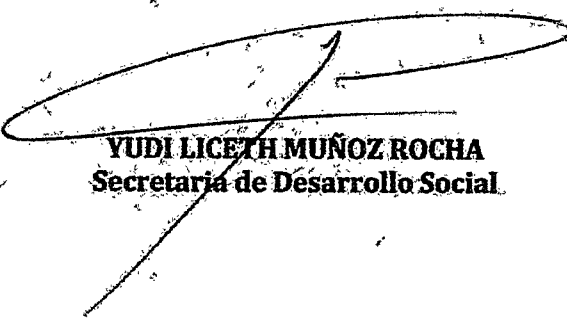
**REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE CAPARRAPI
ALCALDÍA MUNICIPAL
NIT. 899999710-0**

LA SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

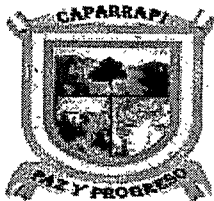
CERTIFICA QUE

Que la señorita **MARY LEIDY MARTINEZ ROMERO**, identificado con cédula de ciudadanía No. **52.867.167** de Bogotá, presto sus servicios como ejecutora del programa Salud Mental dentro del Plan de Intervenciones Colectivas, en un periodo comprendido entre el 23 de Enero al 23 de Noviembre de 2014, mediante contrato No. 019.

Dada en el municipio de Caparrapi Cundinamarca, a los dieciséis (16) días del mes de Enero de 2015.



YUDI LICETH MUÑOZ ROCHA
Secretaria de Desarrollo Social



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE CAPARRAPÍ
ALCALDÍA MUNICIPAL
N.I.T. 899.999.710-0



LA SUSCRITA SECRETARIA GENERAL Y DE GOBIERNO

CERTIFICA QUE:

MARY LEIDY MARTÍNEZ ROMERO, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.867.167 de Bogotá, prestó sus servicios profesionales en Psicología a la comisaria de familia, en un periodo comprendido entre el 23 de enero al 31 de diciembre de 2014, mediante contrato No. 010 de 2014.

Entre las funciones que desempeño se encuentran las siguientes:

- Atención psicosocial a población vulnerable, madres cabeza de hogar, personas víctimas del conflicto armado y población diferencial.
- Valoración inicial psicológica y emocional a las víctimas.
- Elaboración de informes periciales.
- Apoyo al seguimiento de las medidas de protección y atención.

Dada en el Municipio de Caparrapí Cundinamarca, a los veintidós (22) días del mes de octubre de 2015

LUZ ANGELA PERDOMO ROJAS
Secretaria General y de Gobierno

CERTIFICACION

Certifico que la Dra. MARY LEIDY MARTINEZ ROMERO, identificada con la C.C. No. 52867167 de Bogotá, estuvo vinculada a esta institución desempeñando el cargo de Psicóloga desde Enero de 2010 hasta el 18 de Enero de 2014, con contrato a término fijo. Se destaco por su ética profesional y eficiente desempeño en su labor. Su retiro fue voluntario.

Se expide la presente a los diez y ocho (18) días del mes de Enero de dos mil catorce (2.014)

Centro de Evaluación Médica
PORVIDA LTDA.
NIT.830.066.835-1


MARIA HELENA HERNANDEZ H.

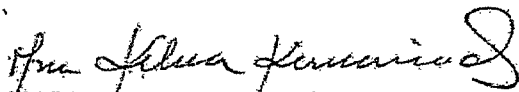
Directora Administrativa

CERTIFICACION

Certifico que la Dra. MARY LEIDY MARTÍNEZ ROMERO, identificada con la C.C. No. 52.867.167 de Bogotá, estuvo vinculada a esta institución desempeñando el cargo de Psicóloga del 2 al 31 de Marzo de 2015 con contrato por prestación de servicios. Se destacó por su ética profesional y eficiente desempeño en su labor.

Se expide la presente a los diez (10) días del mes de Octubre de dos mil dieciséis (2016)

Centro de Evaluación Médica
PORVIDA LTDA.
NIT. 830.086.635-1


MARIA HELENA HERNANDEZ H.

Directora Administrativa

CERTIFICACION

Certifico que la Dra. MARY LEIDY MARTINEZ ROMERO, identificada con la C.C. No. 52.867.167 de Bogotá, estuvo vinculada a esta institución desempeñando el cargo de Psicóloga del 1 de Abril de 2015 hasta el 30 de Septiembre de 2016 con contrato a término fijo. Se destacó por su ética profesional y eficiente desempeño en su labor.

Se expide la presente a los treinta (30) días del mes de Septiembre de dos mil dieciséis (2016)

Centro de Evaluación Médica
PORVIDA LTDA.
NIT. 830.044.835-1


MARIA HELENA HERNANDEZ H

Directora Administrativa



Fundación para la Orientación Familiar
PERSONERÍA JURÍDICA No. 2578

**LA SUSCRITA JEFE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA
FUNDACIÓN PARA LA ORIENTACIÓN FAMILIAR-FUNOF
NIT.890310770-2**

HACE CONSTAR QUE:

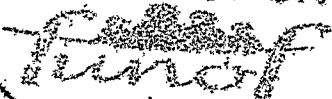
La señora **MARY LEIDY MARTÍNEZ ROMERO** identificada con la cédula de ciudadanía No. **52.867.167**, prestó sus servicios en nuestra fundación bajo los términos del contrato civil por prestación de servicios, cuyo objeto consiste en "La **CONTRATISTA** se compromete a prestar por sus propios medios, con plena autonomía técnica y administrativa, sus servicios como **PSICOLOGA** para el departamento de Cundinamarca en el "Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas - **PAPSIV**", desde el 10 de Noviembre hasta el 09 de Diciembre de 2016.

Su ingreso mensual por honorarios fue de **TRES MILLONES SEISCIENTOS CUATRO MIL PESOS MCTE (\$3.604.000)**.

Se firma en Santiago de Cali a los cuatro (04) días del mes de Abril de dos mil diecisiete (2017).

Cordialmente,

CERTIFICACIÓN



Astrid E. Sevilla Lopez

ASTRID ELENA SEVILLA LOPEZ
Jefe Administrativa y Financiera

DTH. 361 -17

Profamilia
Pensando en ti

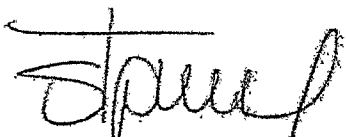
Bogotá D.C., 30 de Abril de 2017.

**LA DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO
CERTIFICA**

Que el(a) señor(a) **MARY LEIDY MARTINEZ ROMERO**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía N° 52.867.167, trabajó en esta Institución con un contrato a término Obra Labor desde 15 de Marzo de 2017 hasta el 30 de Abril de 2017.

Se desempeño como Asesor(a) de Servicios en el "PROYECTO DE ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DE LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD TEMPRANA EN EL DISTRITO DE BOGOTÁ".

Atentamente,



STEPHANY GOMEZ HERRERA.
Directora de Talento Humano



grupo cimco S.A.S.
Centro Integral para la movilidad en Colombia

Certificar .org

**EL SUSCRITO GERENTE GENERAL Y REPRESENTANTE
LEGAL DE GRUPO CIMCO S.A.S CON NIT NUMERO
900.234.969-0**

CERTIFICA QUE:

La señora **MARY LEIDY MARTINEZ ROMERO** Identificada con CC No 52.867.167 de Bogotá presto sus servicios como Profesional certificador, en nuestra empresa desde el día 01 de septiembre de 2021 hasta la fecha 02 de mayo de 2023.

TIPO DE CONTRATO: Terminó indefinido

HONORARIOS: Dos millones cien mil pesos m/cte. (2.100.000)

Esta certificación se expide a los doce (12) días del mes de mayo de 2023.

Atentamente:

ANGELA MARIA TORRES GONZALEZ
CC 52.077.240
GERENTE-Representante Legal



Av Carrera 68 # 45-62 Tel 2229570/3142973838 bogota D.C.
www.certificar.org mail: certificar.adm@gmail.com



NORTE

Código: GL-GDC-A-180
Fecha: 09/01/2024
Versión: V05

1303 - 0284 E

LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

Nit: 800.099.860-5

CERTIFICA QUE:

La señora **MARY LEIDY MARTINEZ ROMERO**, identificada con cedula de ciudadanía No. **52.867.167**, presta servicios por la modalidad de Contrato de Prestación de servicios así:

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO PSICOLOGA PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCION EN SALUD ATRAVES DE ACCIONES DE GESTION DEL RIESGO Y PROMOCION DE LA SALUD PUBLICA CON EL FIN DE IMPACTAR POSITIVAMENTE LOS INDICADORES DE SALUD PUBLICA DEL DEPARTAMENTO CON LAS E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO DENTRO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO SS-CDCTI-567-2023.

- **Contrato 0280 2023** Del 05 de mayo al 13 de septiembre de 2023.

Expedida en Pacho, a los doce (12) días del mes de febrero de dos mil veinticinco (2025).


SANDRA LILIANA JARA ALONSO
Subgerente Administrativa

Aprobó: Dra. Sandra Liliana Jara Alonso / Subgerente Administrativa
Revisó: Dra. Olga Patricia Correa Velásquez / Asesor Jurídico
Elaboró: Mónica Gómez / Auxiliar Administrativo

ESE Hospital San Rafael de Pacho - Región de Salud Norte
"Más Humano, Más Seguro"
Cll 9 No. 16-35, Barrio Antonio Nariño - Pacho / Cúcuta - Colombia
Código Postal: 254001 - Teléfono móvil: 3143345233
www.hospachogov.co - pachogov.co

VIGILADO Supersalud



Gobernación
Cundinamarca



REGIÓN DE SALUD
NORTE

Código: GI-GDC-A-100
Fecha: 09/01/2024
Versión: V05

1016- 1600'E

LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

Nít: 800.099.860-5

CERTIFICA QUE

La señora **MARY LEIDY MARTINEZ ROMERO**, identificada con cédula de ciudadanía No. **52.867.167** prestó servicios por la modalidad de Contrato de Prestación de servicios así:

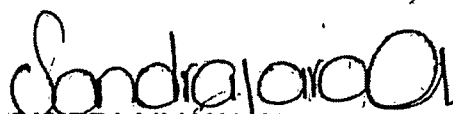
OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO, PARA EJECUTAR EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEPARTAMENTAL EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD PARA LA VIGENCIA 2024 CON LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO, DENTRO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO SS-CDCTI-1007-2024.

- **Contrato 0400 2024** del 05 de septiembre de 2024 al 31 de diciembre de 2024.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, A TRAVÉS DE LA CONFORMACIÓN Y OPERACIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, PARA EL ÁREA RURAL Y URBANA EN EL MUNICIPIO DE PACHO CUNDINAMARCA, EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 00001220 DE 8 JULIO DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL.

- **Contrato 0298 2025** del 15 de mayo de 2025 al 14 de agosto de 2025.

Expedida en Pacho, a los veintiún (21) días del mes de agosto de dos mil veinticinco (2025).


SANDRA LILIANA JARA ALONSO
Subgerente Administrativa

Aprobó: Dra. Sandra Liliana Jara Alonso / Subgerente Administrativa.
Revisó: Dra. Olga Patricia Correa Velásquez / Asesor Jurídico
Elaboró: Sandra Marcela Guzmán Perilla / Auxiliar Administrativo
Elaboró: Mónica Gómez / Auxiliar Administrativo

ESE Hospital San Rafael de Pacho - Región de Salud Norte
"Más Humano, Más Seguro"
Cll 9 No. 16-35, Barrio Antonio Nariño - Pacho C/marca - Colombia
Código Postal: 254001 - Teléfono móvil: 3143345238

VIGILADO Supersalud
Unidad de Atención y Vigilancia de la Salud - Bogotá D.C.
Línea Gratuita Nacional 1199999100



**Gobernación
Cundinamarca**



REGIÓN DE SALUD
NORTE

Código 01909 Asesor
Fechó 00/01/2024
Versión V006

4016 - 0194E

LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

Nit: 800.099.860-5

CERTIFICA QUE:

La señora **MARY LEIDY MARTINEZ ROMERO**, identificada con cedula de ciudadanía No. **52.867.167**, prestó servicios por la modalidad de Contrato de Prestación de servicios así:

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGA PARA APOYAR EL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO PAPSIVI EN EL MUNICIPIO DE PACHO EN CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO INTERTRATIVO SS-CDCVI-765-2025.

- **Contrato 0599-2025** del 22 de septiembre al 21 de noviembre de 2025.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, A TRAVÉS DE LA CONFORMACIÓN Y OPERACIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, PARA EL ÁREA RURAL EN EL MUNICIPIO DE PACHO CUNDINAMARCA, EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 00001010 DE 23 MAYO DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL.

- **Contrato 0784-2025** del 06 de noviembre al 31 de diciembre de 2025.

Expedida en Pacho, a los dos (02) días del mes de febrero de dos mil veintiséis (2026).


SANDRA LILIANA JARA ALONSO
Subgerente Administrativa

Aprobó: Dra. Sandra Liliana Jara Alonso / Subgerente Administrativa
Revisó: Dra. Olga Patricia Correa Velásquez / Asesor Jurídico
Elaboró: Sandra Marcela Guzmán Perilla / Auxiliar Administrativo
Elaboró: Mónica Gómez / Auxiliar Administrativo

ESE Hospital San Rafael de Pacho - Región de Salud Norte
"Mds Humano, Mds Seguro"
Cll 9 No. 16-35, Barrio Antonio Harlino - Pacho C/marca - Colombia
Código Postal: 254001 - Teléfono móvil: 3143345238
www.hospalpacho.gov.co - hpacho@cundinamarca.gov.co

VIGILADO Supersalud
Unidad de Atención al Usuario 0800-00-0000 - Bogotá D.C.
Línea de Atención al Usuario 01-800-000000



Gobernación
Cundinamarca



Presidencia

**COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS -COLPSIC-
RESOLUCIÓN No.**

103310

(Febrero 1 de 2008)

por la cual se autoriza la expedición de una Tarjeta Profesional de Psicólogo

**EL PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL
DEL COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS**

en uso de la atribución conferida por el Acuerdo 10 del Consejo Directivo Nacional y

CONSIDERANDO:

Que MARY LEIDY MARTINEZ ROMERO, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 52867167, ha solicitado a este Colegio la expedición de su Tarjeta Profesional de Psicólogo;

Que según consta en certificación allegada a este Colegio por Sirley Yazmín Gortés Rocha Jefe de Admisiones Registro y Control Académico de la Universidad Cooperativa de Colombia Sede Bogotá el día veintiocho (28) de febrero de dos mil siete (2007), la solicitante obtuvo el Título de Psicólogo otorgado por la Universidad Cooperativa de Colombia Sede Bogotá el día quince (15) de diciembre de dos mil seis (2006) según consta en el Acta de Grado No. 10, Libro No. 7 y Fólío No. 107;

Que el programa de Psicología ofrecido por la Universidad Cooperativa de Colombia Sede Bogotá, cuenta con Registro otorgado por el Ministerio de Educación Nacional;

Que por lo anterior la solicitante cumple lo dispuesto por el Artículo 7º de la Ley 1090 promulgada el 6 de septiembre de 2006;

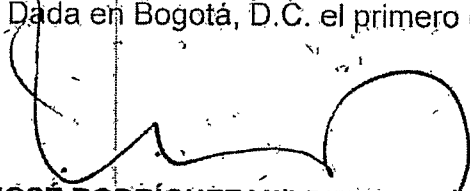
RESUELVE:

ARTÍCULO 1º.- Autorízase la expedición de la Tarjeta Profesional de Psicólogo válida en todo el territorio nacional, a MARY LEIDY MARTINEZ ROMERO, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 52867167.

ARTÍCULO 2º.- La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNIQUESE Y CÚMPLASE.

Dada en Bogotá, D.C. el primero (1º) del mes de febrero de dos mil ocho (2008).


JOSÉ RODRÍGUEZ VALDERRAMA
Presidente del Consejo Directivo


CLAUDIA MARIA SANÍN VELÁSQUEZ
Directora Ejecutiva



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría
Salud

Resolución No 1039 de 03/02/2009

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD.

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) MARTINEZ ROMERO MARY LEIDY Identificado(a) con CC número 52867167 expedida en SANTAFE DE BTA solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según TITULO de PSICOLOGO(A) otorgado por LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA el día 15/12/2006 y registrado en el libro 7 Folio 107 año 2006
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes,

Qué en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: autorizar a MARTINEZ ROMERO MARY LEIDY identificado(a) con CC número 52867167 expedida en SANTAFE DE BTA para ejercer la profesión de PSICOLOGO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

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

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

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 03/02/2009

Dr. Hernán Redondo Gómez

Director de Desarrollo

HERNÁN REDONDO GÓMEZ

Director de Desarrollo de Servicios.

Elabora : Víctor Sánchez
Revisó : Yudy Rodríguez

Bogotá, D.C. 09 - Marzo - 09
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Mary Leidy Martinez
CC. # 52867467

Firma *Hernán Redondo Gómez*

CC 5267167 MARY LINDY MARTINEZ ROVERO Agente de

de conformidad con las asistencias 100 y 101 del Decreto Ley 2140 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el(la) señor(a) MARY LINDY MARTINEZ ROVERO (identificación) con CC 5267167 registra la siguiente información:

2025-04-12 - 10:17:32 PM

Información Académica

UNIV Local Psicología 2009-02-18 1039 DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

MARY LEIDY

MARTINEZ ROMERO

C.C. 52867167

PSICOLOGO(A)

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ

Expedición 09/03/2007

Colegio Colombiano
de Psicólogos



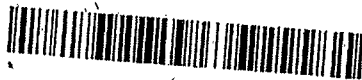
Tarjeta Profesional de
Psicólogo

Ley 1090

Registro N° 103310

MARY LEIDY MARTINEZ ROMERO

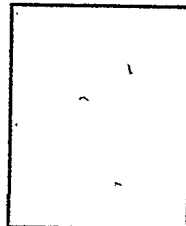
C.C. 52.867.167





UNIDAD MÉDICA
SANARTE I.P.S.

NIT: 900.684.064-0
Licencia de Salud Ocupacional 562 de 2025
Dir: Calle 30 # 21 - 140 Pie de la Popa
Cel: 324 344 8784
Correo: info@umsanarteips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 32.181

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
18	09	2025	PACHO (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
MARTINEZ ROMERO MARY LEIDY				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	43 AÑOS 3 MESES 13 DÍAS	CC	52867167
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos PSICÓLOGA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO CON RECOMENDACIONES							
Observaciones: NO APLICA							
N/A NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR				VISIONOMETRÍA			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HABITOS SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PARA VISION LEJANA				USO DE EPP		CONTROL DE PESO	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIÓN						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: CC: 73208298 - GERARDO ANDRES JURADO				Nombre: MARTINEZ ROMERO MARY LEIDY			
R. M.: 254042/08				CC: 52867167			
L.S.O.: 25-1481							
Código de Seguridad							
Q482W1C32181							



Código de Seguridad
Q482W1C32181

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

Consérvelo

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



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

Mary Leick

Apellidos:

Martínez Romero

Documento

de identidad: C.C. N.C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento:

52867167

Fecha de nacimiento:

Día 05 Mes 06 Año 1982

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única	25.03.25	0122W108	Diana Julieth León B.
Fiebre Amarilla	Única			Auxiliar de Enfermería
	1			C.C. 1.073.598.279
	2			
	3			
	4			
Toxide Tetánico - Diftérico (Td)				
RFO 10 años	5	14.11.24	2333X0136	Diana Julieth León B.
				Auxiliar de Enfermería
TdaPacelular	1			C.C. 1.073.598.279
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			Giovanna Patricia
	2			Bernal Merque
Influenza estacional	Anual	20.11.23	V053740	Auxiliar de Enfermería
	Anual			C.C. 1073604232
	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 4652003981 , con fecha de apertura 27. de Abril de 2015, de la cual es titular:

El (la) señor(a): MARY LEIDY MARTINEZ ROMERO
Identificado(a) con tipo de documento C No. 52.867.167

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 11 días del mes de Abril de 2026.

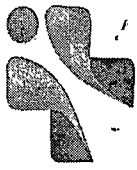
Cordialmente,



Servicio al Cliente

Scotiabank Colpatria S.A.
www.scotiabankcolpatria.com

 Scotiabank  COLPATRIA



E.S.E. HOSPITAL
SAN RAFAEL DE PACHO



REGIÓN DE SALUD
NORTE

CERTIFICADO

E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO CERTIFICA QUE:

Mary Leidy Martínez Romero

PARTICIPÓ EN EL CURSO DE:

PROGRAMA INSTITUCIONAL DE TECNOSVIGILANCIA - 2025

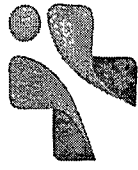
febrero 14, 2025

FREDY ALEXANDER RONCANCIO BELTRÁN

INGENIERO BIOMÉDICO



Gobernación de
Cundinamarca



E.S.E. HOSPITAL
SAN RAFAEL DE PACHO



REGIÓN DE SALUD
NORTE

CERTIFICADO

E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO CERTIFICA QUE:

Mary Leidy Martínez Romero

PARTICIPÓ EN:

Curso Atención del Manejo del Duelo - 2025
enero 11, 2026

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE DOS (2) AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

ALEX MIGUEL CASTELLANOS PEREZ
SUBGERENTE CIENTIFICO

ROSA JIMENEZ
PSICOLOGA



Gobernación de
Cundinamarca



E.S.E HOSPITAL
SAN RAFAEL DE PACHO



REGIÓN DE SALUD
NORTE

CERTIFICADO

E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO CERTIFICA QUE:

Mary Leidy Martínez Romero

PARTICIPÓ EN:

Curso Atención Víctimas de Violencia Sexual - 2026

April 13, 2026

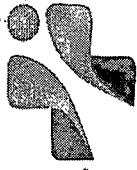
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE DOS (2) AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

ALEX MIGUEL CASTELLANOS PEREZ
SUBGERENTE CIENTIFICO

CAMILA CANO CAICEDO
TRABAJADORA SOCIAL



Gobernación de
Cundinamarca



E.S.E. HOSPITAL
SAN RAFAEL DE PACHO



REGIÓN DE SALUD
NORTE

CERTIFICADO

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO CERTIFICA QUE:

Mary Leidy Martínez Romero

PARTICIPÓ EN:

CURSO PROCESOS PRIORITARIOS 2025

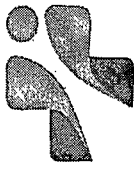
enero 11, 2026

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

ALEX MIGUEL CASTELLANOS PEREZ
SUBGERENTE CIENTIFICO



Gobernación de
Cundinamarca



E.S.E. HOSPITAL
SAN RAFAEL DE PACHO



REGIÓN DE SALUD
NORTE

CERTIFICADO

E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO CERTIFICA QUE:

Mary Leidy Martínez Romero

PARTICIPÓ EN:

Curso Estrategia IAMII 2024-2025

febrero 14, 2025

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE DOS (2) AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

ALEX MIGUEL CASTELLANOS PEREZ
SUBGERENTE CIENTIFICO

OLGA CELINA PEREZ TORRES
LÍDER PROGRAMA IAMII



Gobernación de
Cundinamarca

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52867167**

MARTINEZ ROMERO

APELLIDOS

MARY LEIDY

NOMBRES

Mary Leidy Martinez Romero

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-JUN-1982**

SANTAFE DE BOGOTA DC
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67

ESTATURA

O+

G.S. RH

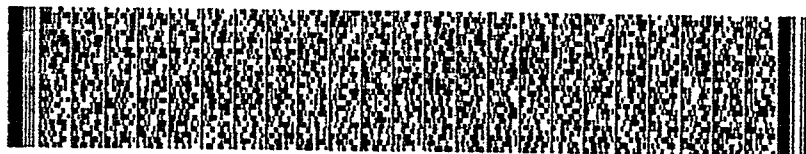
F

SEXO

06-JUL-2000 SANTAFE DE BOGOTA DC

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1500101-42084183-F-0052867167-20010216

0908801040A 01 093522251



Bogotá DC, 10 de abril del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MARY LEIDY MARTINEZ ROMERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52867167:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Casiro González
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN:

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

División de Relacionamento con el Ciudadano.



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

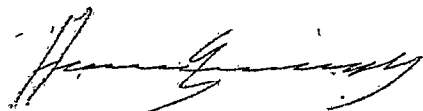
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 10 de abril de 2026, a las 21:26:12, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	52867167
Código de Verificación	52867167260410212612

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.

Dé 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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:23:28 PM horas del 10/04/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 52867167

Apellidos y Nombres: MARTINEZ ROMERO MARY LEIDY

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 registren 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: 019000 910 112
E-mail: dipin.arac-atc@policia.gov.co



Presidencia de la
República,



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación

GOV.CO GOV.CO

Todos los derechos reservados.



Policía Nacional de Colombia

[\(Default.aspx\)](#)

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, 10/04/2026 09:27:50 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía No. **52867167** y Nombre: **MARY LEIDY MARTINEZ ROMERO**.

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. **138023459**. 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

**Dios y
Patria**

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21
Centro Administrativo Nacional-CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112

**COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA**



**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 52867167 **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 10/04/2026 09:31 PM



Código Verificación: **K1PH5T7CLV**

Válida hasta: **10/07/2026**

Dirección de Gobierno Digital

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

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 21:33:44 horas del 10/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 52867167, Apellidos y Nombres MARTINEZ ROMERO MARY LEIDY

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO Y PUESTOS DE SALU, con NIT 800009986-5 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>

Tipo de declaración: **PERIÓDICO** Fecha de publicación: **2025-05-08 20:11**

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARY	LEIDY	MARTINEZ	ROMERO

Documento de identificación	
Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANÍA	52867167

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

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

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje			
HOSPITAL SAN RAFAEL - PACHO			
Lugar de sede			
País	Departamento	Municipio	
COLOMBIA	CUNDINAMARCA	PACHO	
Dirección			
["calle9 N° 17-17"]			
Cargo o función que cumple			
CONTRATISTA			

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	\$25.000.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$25.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$3.368.996,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
TARJETA DE CREDITO	\$4.521.455,00

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:

--

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

141245305457



(415)7707212489984(8020) 000014124530545 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

5 2 8 6 7 1 6 7

1

Impuestos de Bogotá.

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

5 2 8 6 7 1 6 7

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

MARTINEZ

32. Segundo apellido

ROMERO

33. Primer nombre

MARY

34. Otros nombres

LEIDY

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 77 64 D 34 A P 203

42. Correo electrónico

MARYLEIDYM@YAHOO.COM

43. Código postal

1 1 1 0 7 1

44. Teléfono

3 1 1 4 9 5 1 8 1 1

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

7 2 2 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 7 1 2 2 2

Actividad secundaria

48. Código

7 3 2 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 2 4 0 7 0 1

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

5

4

9

05- Impto. renta y compl. régimen, ordinario

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de folios

0

61. Fecha

2026-04-12 / 10:31:42PM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso; Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MARTINEZ ROMERO MARY LEIDY

985. Cargo CONTRIBUYENTE



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARY LEIDY MARTINEZ ROMERO identificado(a) con CC. 52867167 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 2003/06/15
Estado de la Afiliación: ACTIVO
IPS: CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO USAQUEN
Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 10 días del mes de 04 del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

Protección

Una empresa **SURA**

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MARTINEZ ROMERO MARY LEIDY** identificado(a) con CC número **52.867.167** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de diciembre de 2004 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 10 de abril de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comuníquese con la Línea de Servicio en:

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

Barranquilla (805) 319 79 99 – Cartagena (805) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php>



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) **MARY LEIDY MARTINEZ ROMERO** identificado(a) con CC. 52867167 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 2003/06/15

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO
USAQUEN

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 10 días del mes de 04 del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.



FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO, VINCULACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN
PERSONA NATURAL
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO
MACRO PROCESO GESTION GERENCIAL
PROCESO SARLAFT

Código
G-SARLAFT-F05
Version
V01-2017

Sistema de administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo SARLAFT

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DD MM AA
13 4 2026

1. INFORMACION BASICA

Primer nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
MARY	LEIDY	MARTINEZ	ROMERO
No. Documento 52.867.167	Tipo de Documento CC ☒ CE ☐ PP ☐	Lugar de Expedición BOGOTA	Fecha de Expedición DD MM AA 6 7 2000
Dirección Residencia CRA 38A #5 -70 CASA 62		Ciudad PACHO	Numero de Teléfono Numero de Celular 3114951811
Detalle Actividad Económica: Investigaciones y desarrollo experimental en el campo de las ciencias sociales y las humanidades.			Codigo CIU: 7220
Email: maryleidym@yahoo.com		Maneja Recursos Públicos? *SI ☐ NO ☒	
Es usted Persona Expuesta Publicamente o Politicamente (PEPs): Públicamente ☐ Politicamente ☐ Ninguna: ☒			
Observaciones:			

2. INFORMACION FINANCIERA

Total Activos	\$8.000.000	Total Pasivos	\$4.000.000
Ingresos Mensuales	\$1.000.000	Egresos Mensuales	\$800.000
Total Patrimonio	\$4.000.000	Total otros Ingresos	\$0

Mes y año de corte de la información financiera suministrada: MES 3 AÑO 2026 Declarante de Renta: SI ☐ NO ☒
Observaciones:

Maneja recursos Públicos, está expuesto públicamente, o es Extranjero - *Si marcó SI por favor diligencie la información de referencias financieras

2.1. REFERENCIAS FINANCIERAS (Exclusivo para clientes PEPs)

1. Nombre de la entidad	Dirección	Teléfono
2. Nombre de la entidad	Dirección	Teléfono

3. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

1- AUTORIZO de manera expresa, a La ESE Hospital San Rafael de Pacho o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro sus calidades para:

- 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente.
- 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la ESE Hospital San Rafael de Pacho, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.
- 3) Tratar (recolectar, almacenar, usar) mis datos personales con el propósito de garantizarme un adecuado servicio y funcionamiento de los productos y servicios adquiridos con ESE Hospital San Rafael de Pacho, para actividades de mercadeo y para información en general de la relación comercial con ESE Hospital San Rafael de Pacho.

Autorizo: SI ☒ NO ☐

3.1. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES - CONTINUACIÓN

2- DECLARO QUE: 1) El origen de mis bienes y/o fondos, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: PRESTACION DE SERVICIOS COMO PSICOLOGA

y no acepto como propias, los depósitos que a mí(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuar transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas. 2) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por La ESE Hospital San Rafael de Pacho. 3) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a La ESE Hospital San Rafael de Pacho no utilizar o revocar mi información personal. 4) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 5) La ESE Hospital San Rafael de Pacho me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 6) que los recursos utilizados o a utilizarse en cualquier relación comercial y/o contractual con la ESE Hospital San Rafael de Pacho, provienen de actividades lícitas; por tal razón, manifiesto que aquellos no son resultado de actividades penalizadas por el ordenamiento colombiano.

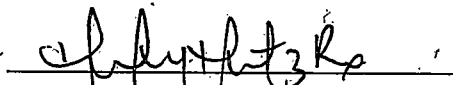
4. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

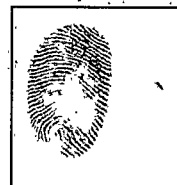
1. Copia del Documento de Identidad
2. Copia Completa del RUT

X
X

5. FIRMA Y HUELLA

Con la firma del presente documento, declaro que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable; y que autorizo su verificación ante cualquier persona natural y jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, obligandome a actualizar la información y/o a confirmarla cada vez que así sea solicitado.


Firma del Cliente



Huella Indice derecho

Nombre: MARY LEIDY MARTINEZ ROMERO

Número ID: 52.867.167

8. PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

- ✓ Dejo constancia que el cliente actualizado, ha sido consultado en listas como: FBI, ONU, OFAC, PANAMA PAPERS, PEPS, listas vinculantes y no vinculantes SARLAFT.

Sin Riesgo LA/FT

☒

Con Riesgo LA/FT

☐

Observaciones:

Nombre y firma del Oficial de Cumplimiento ESE Hospital San Rafael de Pacho:


Oficial de Cumplimiento SARLAFT
ESE Hospital San Rafael de Pacho.



Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Mary Leidy Martínez Romero

C.C. 52.867.167

Participó y completó el curso virtual

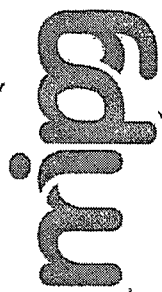
Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 18 de septiembre 2025

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 761724338000



modelo integrado
de planeación
y gestión



Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que;

Mary Leidy Martínez Romero

Participó y completó con éxito el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 18 de septiembre 2025

Luz Daiénis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional



Fundamentos
Generales



Talento
Humano



Direcciónamiento
estratégico



Gestión con valores
para resultados



Evaluación de
resultados



Información y
comunicación

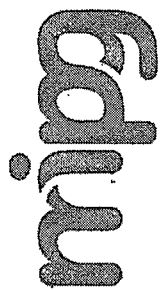


Gestión del
conocimiento



Control
interno

Código: 761126307206



modelo integrado
de planeación
y gestión



Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

Mary Leidy Martínez Romero

Participó y completó con éxito el Módulo de Auditoría del curso
virtual del **Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG**

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 18 de septiembre 2025

Luz Daífenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional



Fundamentos
Generales



Talento
Humano



Direccionamiento,
estratégico



Gestión con valores
para resultados



Evaluación de
resultados



Información y
comunicación

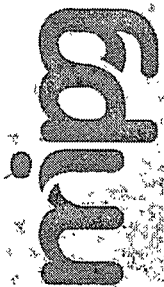


Gestión del
conocimiento



Control
interno

Código: 7611263073161



modelo integrado
de planeación
y gestión



Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

Mary Leidy Martínez Romero

C.C. 52.867.167

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual del
Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 18 de septiembre 2025

Luz Daienis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional



Fundamentos
Generales



Talento
Humano



Direccionamiento
estratégico



Gestión con valores
para resultados



Evaluación de
resultados



Información y
comunicación

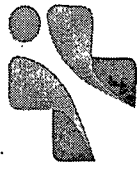


Gestión del
conocimiento



Control
interno

Código: 761126307000



E.S.E. HOSPITAL
SAN RAFAEL DE PACHO



REGIÓN DE SALUD
NORTE

CERTIFICADO

E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO CERTIFICA QUE:

Mary Leidy Martínez Romero

PARTICIPÓ EN:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2026- ADMINISTRATIVA

enero 11, 2026

Sandra Jara

SANDRA LILIANA JARA ALONSO

SUBGERENTE ADMINISTRATIVA



Gobernación de
Cundinamarca



E.S.E. HOSPITAL
SAN RAFAEL DE PACHO



REGIÓN DE SALUD
NORTE

CERTIFICADO

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO CERTIFICA QUE:

Mary Leidy Martínez Romero

PARTICIPÓ-EN:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2026 - ASISTENCIAL

enero 11, 2026

ALEX MIGUEL CASTELLANOS PEREZ

SUBGERENTE CIENTÍFICO



Gobernación de
Cundinamarca

C.E.D.I.F.



CORPORACIÓN EDUCATIVA DE FORMACIÓN INTEGRAL Y EMPRESARIAL CEDIF

NIT.901594163-9

Otorga el certificado de asistencia a:

Mary Leidy Matinez Romero

Cédula de Ciudadanía. No. 52.867.167 de Bogotá

Por haber completado y aprobado satisfactoriamente el curso de:

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE PSICOSOCIAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO

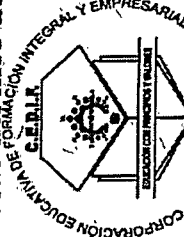
Con Una Duración de 60 Horas, Decreto 1075/2015

El programa tuvo como ejes temáticos: - Marco normativo: Ley 1448 de 2011, Decretos Ley 4800 de 2011, 1084 de 2015, y sus actualizaciones (Ley 2078 de 2021, Ley 2421 de 2024). - Enfoque de derechos, diferencial y transformador. - Procedimientos de atención, asistencia y reparación integral. - Registro Único de Víctimas y rutas institucionales. - Atención psicosocial y acompañamiento comunitario. - Restitución de derechos y retorno/reubicación. -

Ética del cuidado y protección de la dignidad humana.

Dado en Bogotá a los 22 días del mes de SEPTIEMBRE de 2025.

[Firma]
JUDITH MORENO RINCON
Representante Legal



[Firma]
LEONARDO AROCA CAMPOS
Director Académico

NIT. 1.022.398.139-3

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante correo: educar.cedif@gmail.com/ teléfono 3112561702



**FORMATO AUTORIZACIÓN PARA EL MANEJO DE DATOS
PERSONALES
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO Y PUESTOS DE SALUD
MACROPROCESO GESTION DEL TALENTO HUMANO Y SISTEMA
DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
PROCESO ADMINISTRACION DEL TALENTO HUMANO**

Código
GTH-ATH-F-031
Versión
V01
Fecha de elaboración
22/12/2021

Fecha: 13 DE ABRIL DE 2026

Autorizo a la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO, para que recolecte mis datos personales y los conserve dentro de sus bases de datos cuyo uso se encuentra destinado a mantener una constante comunicación con los contratistas.

En cumplimiento a la Ley 1581 de 2012, y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y la Política Institucional de Protección de Datos Personales que regulan la autorización del titular de los datos personales para la recolección, almacenamiento y tratamiento de los mismos, autorizo a la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO NIT 800.0099.860-5 con domicilio en Pacho Cundinamarca y ubicada en la Calle 9 N° 16-35 Barrio Nariño para recolectar, almacenar usar, circular, suprimir, procesar, compilar, actualizar los datos personales que le sean suministrados por el suscrito PROVEEDOR y que incluyen, a título meramente enunciativo, nombre, identificación (cedula y/o Nit), dirección de domicilio, correo electrónico número telefónico fijo o móvil o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología, nombre del representante legal, cédula del representante, así como nombre e identificaciones de otros empleados o colaboradores: teléfonos de contactos, información comercial y transferida en relación a la celebración ejecución y/o terminación de cualquier tipo de relación contractual o comercial lo cual se hará únicamente para fines empresariales con la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

Leído lo anterior autorizo a la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO de manera previa, explícita e inequívoca para el tratamiento de los datos personales suministrados por mi persona dentro de las finalidades legales, contractuales, comerciales y las aquí contempladas. Declaro que soy el titular de la información reportada en este formato para autorizar el tratamiento de mis datos personales, que he suministrado de forma voluntaria y es completa, confiable, veraz, exacta verídica.

Firma:

Nombre y apellidos completos: MARY LEIDY MARTINEZ ROMERO

Tipo de identificación: CC: X NIT: 52.867.167

Teléfono fijo/ móvil de contacto: 3114951811

Correo electrónico: maryleidym@gmail.com

Dirección de domicilio: Cra. 38 A 5 70 Barrio Madrigal Pacho

