FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
SANCHEZ	DUARTE	CARLOS ALBERTO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No 1095791281	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 1095791281 D.M. 32

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 13 MES 01 AÑO 1987	CALLE 17B ?14 10 edificio balcones de piedra grande piedra grande			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CUNDINAMARCA
DEPTO	SANTANDER	MUNICIPIO	FUSAGASUGÁ		
MUNICIPIO	FLORIDABLANCA	TELÉFONO	3103052217	EMAIL	carlos21094@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2003
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	12	X		DOCTOR EN MEDICINA	07	2014	1095791281

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*
INGLÉS			X			X			X

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ISMAEL SILVA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SILVANIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8683116	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 'MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL	*DEPENDENCIA* "URGENCIAS"						*DIRECCIÓN* CALLE 9 9 null 38					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA BELEN DE FUSAGADUGA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUSAGASUGÁ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0318868888	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	11	*Año*	2021	*Día*	02	*Mes*	01	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL REQUIERE CORRECCION	*DEPENDENCIA* A TERMINO FIJO						*DIRECCIÓN* TRANSVERSAL 12 17 01					

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 - FUSAGASUGA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUSAGASUGÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8733000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL	*DEPENDENCIA* SALA DE URGENCIUAS					*DIRECCIÓN* TRANSVERSAL 12 22 55						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EJERCITO NACIONAL DE COLOMBIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUSAGASUGÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8862904	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	05	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* A TERMINO FIJO					*DIRECCIÓN* - SUMAPAZ KM 4 VEREDA LA PAMPA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EJERCITO NACIONAL DE COLOMBIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUSAGASUGÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8782091	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	01	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* KM.4 VIA PANAMERICANA VEREDA LA PAMPA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA BELEN DE FUSAGASUGA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3203435096	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	11	*Mes*	10	*Año* 2017	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* MEDICO DE URGENCIAS					*DIRECCIÓN* fusagasuga						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA GUANE			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* FLORIDABLANCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6455981	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	05	*Año* 2017	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO - CONSULTA EXTERNA	*DEPENDENCIA* ACTIVIDADES DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 36N 23 20						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEL COCUY			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3112633910	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	22	*Mes*	12	*Año* 2015	*Día*	21	*Mes*	12	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 11N ° 6 -22 el cocuy						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	T EMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	3	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	8
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento FUSAGASUGA 08 DE MAYO DEL 2026

CARLOS ALBERTO SANCHEZ D

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.

Nilo- Cundinamarca - 13-05-26

Ciudad y fecha

C.S Franco Acosta Johni

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	OTRO	Fecha de publicación	2026-05-08 10:10

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CARLOS	ALBERTO	SANCHEZ	DUARTE

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1095791281

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	FLORIDABLANCA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	FUSAGASUGÁ

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	EJERCITO NACIONAL

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento		Municipio	

Dirección	
Cargo o función que cumple	

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$40.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$40.000.000,00

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	$40.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
CARRO	COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	$30.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO DE LIBRE INVERSION	$30.000.000,00

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

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

2 4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

LIFECARE
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

299

HACE CONSTAR QUE:

CARLOS ALBERTO SANCHEZ DUARTE

C.C. 1.095.791.281 DE FLORIDABLANCA (SANTANDER)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

Realizado los días 14 AL 15 de SEPTIEMBRE de 2024, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 15 DE SEPTIEMBRE DE 2026

DADO EN FUSAGASUGA (CUNDINAMARCA) A LOS 15 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DE 2024

CESAR GERMAN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 313 474 0022 - Ofic. 608 867 6342

Sede Armenia. Cll 2 Norte No. 18-90
Barrio Nueva Cecilia
Cel 300 5438414- 318 5054810

Los.ejecafetero@gmail.com
lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

CARLOS ALBERTO SANCHEZ DUARTE

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.095.791.281

Asistió al Curso de:

SOPORTE CARDIOVASCULAR AVANZADO (ACLS)

Con una intensidad horaria de 70 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA A LOS 8 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVSS

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO academico@imavss.com O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500

LIFECARE
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

386

HACE CONSTAR QUE:

CARLOS ALBERTO SANCHEZ DUARTE

C.C. 1.095.791.281 DE FLORIDABLANCA (SANTANDER)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL

Realizado los dias 23 al 24 de SEPTIEMBRE de 2025, con una intensidad de 20 horas. CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 24 DE SEPTIEMBRE DE 2026

DADO EN FUSAGASUGA EN SEPTIEMBRE DEL 2025

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 313 474 0022 - Ofic. 608 867 6342

Sede Armenia. Cll 2 Norte No. 18-90
Barrio Nueva Cecilia

Lcs.ejecafetero@gmail.com
lifecareservice.ac@gmail.com

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, CARLOS ALBERTO SANCHEZ DUARTE

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1095791281 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA | Departamento CUNDINAMARCA | Municipio FUSAGASUGA

Dirección CALLE 17B # 14-10 | Teléfonos 3103052217

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JORGE ALBERTO SANCHEZ RAMIREZ	13823833	PADRE
MARIA DUARTE BAEZ	63273403	MADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	40'000.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	7'000.000
GASTOS DE REPRESENTACION	— -
ARRIENDOS	— -
HONORARIOS	7'000.000 -
OTROS INGRESOS Y RENTAS	— -
TOTAL	$ -

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
DAVIVIENDA	AHORROS	406070151476	FUSAGASUGA	11'000.000
AV VILLAS	AHORROS	451898949	FUSAGASUGA	11'000.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	CAMPERO	30'000.000

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) tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. T.I.	Nº
//		

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

CARLOS ALBERTO SANCHEZ DUARTE
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

FUSAGASUGA 08/05/2026
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

Banco AV Villas

NIT: 860.035.827-5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

Este es el certificado de tu
Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 451898949

El Banco AV Villas certifica que: **Carlos Alberto Sanchez Duarte**
identificado con el documento No. 1095791281, tiene en la oficina FUSAGASUGA (451) una Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 451898949 desde el 14 de agosto de 2018.

Fecha de expedición: 05/05/2026

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.095.791.281

SANCHEZ DUARTE

APELLIDOS

CARLOS ALBERTO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-ENE-1987

BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

25-FEB-2005 FLORIDABLANCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

CMC

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

CARLOS ALBERTO SANCHEZ DUARTE

C.C o C.E 1095791281

Profesión u Ocupación

MEDICO

Especialidad

Institución de Educación

E. LATINOAMERICANA DE MEDICINA

Ciudad LA HABANA, CUBA

Fecha de expedición diploma 09/07/2014

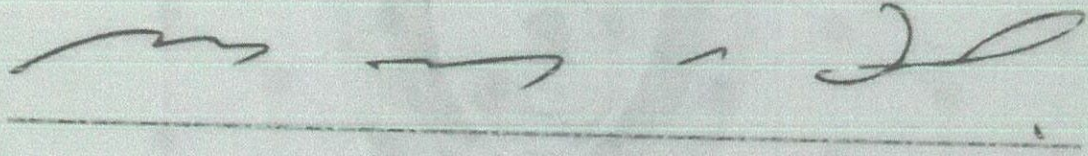
Fecha de inscripción RETHUS 30/01/2017



CMC2017-16543

CARLOS ALBERTO SANCHEZ D.

Firma



Firma representante Colegio Médico Colombiano

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley1164 de 2007
y el Decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada,
favor devolverla al Colegio Médico Colombiano Cra. 15 A No. 121- 12 Of. 301
info@colegiomedicocolombiano.org

www.ideas.com

Duplicado
Resolución No. 039
Septiembre 14 de 2017

La República de Colombia y en su nombre, el

Colegio Técnico Industrial "José Elías Puya

Floridablanca, Santander

Sección Diurna

Reconocido oficialmente por la Gobernación de Santander según
Resolución N° 12457 del 28 de octubre de 2002 y la Resolución N° 1006 del 24 de marzo de 2015
de la Secretaria de Educación Municipal

Confiere a:

Carlos Alberto Sánchez Duarte

Identificado con C.C. No. 1.095.791.281 de Floridablanca

El Título de

Bachiller Académico

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral
correspondientes al nivel de Educación Media Académica,
de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. - del Colegio

Rector,

Hugo Hernán Serrano Mantilla
C.C. 91.272.712 de Bucaramanga

Secretaria,

María Luisa Torres Abaunza
C.C. 30.204.398 de Barbosa (S/der)

Anotado en el control interno del plantel Libro de registro del colegio No. 3 Folio No. 22

Dado en Floridablanca, a los 19 días del mes de diciembre del año 2003

COLEGIO TÉCNICO INDUSTRIAL
"JOSE ELIAS PUYANA"
Floridablanca

EL RECTOR DEL COLEGIO TECNICO INDUSTRIAL
"JOSE ELIAS PUYANA"
Plantel Aprobado por Resolucion No. 12457 de Octubre 28 de 2002
NIT. No. 890212292-3
Floridablanca - Santander

No.07-13

HACE CONSTAR:

Que SANCHEZ DUARTE CARLOS ALBERTO, Identificado (a), con C.C. No.1.095.791.281 de Floridablanca, cursó en este plantel el Grado Sexto Jornada de la Mañana en el año 1998, Folio 171 Aprobado, Grado Séptimo en el año 1999, Folio 262 Aprobado, Grado Octavo en el año 2000, Folio 315 Aprobado, Grado Noveno en el año 2001, Folio 570, Promovido, Grado Décimo en el año 2002, Folio 668 Promovido, Grdo Once en el año 2003, Folio 1040, Aprobado.

Expedida en Floridablanca, a los 13 días del mes de Julio de 2005.

FIRMA REGISTRADA
DILIGENCIA DE AUTENTICACION
La Notaria Primera del Circulo de Floridablanca, certifica que la(s) firma(s) que autoriza(n) el anterior documento corresponde(n) a la(s) que registré(aron) en esta Notaria.
Según la confrontación que se ha hecho de ella(s).
FLORIDABLANCA
09 FEB 2007

HUGO HERNAN SERRANO MANTILLA
Rector
C.C.No. 91.212.712 de Bucaramanga

Kennike G.

COLEGIO TÉCNICO INDUSTRIAL "JOSÉ ELÍAS PUYANA"

Sección Diurna

Calle 4 No. 11-79 Teléfonos: 649 75 55 - 649 67 96

Floridablanca, Santander

DANE No. 0168276000410 Inscripción S.E. 197 Acta No. 147 de fecha 19 de Diciem de 2003

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

En la ciudad de Floridablanca, a 19 de Diciembre de 2003 se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por GUSTAVO A. DURAN HERRERA, Rector (a) y MARIA AMPARO GOMEZ C., Secretaria, en el cual el Colegio Técnico Industrial "José Elías Puyana" confirió el título de:

BACHILLER ACADÉMICO

Con Énfasis en Ciencias Naturales y Educación Ambiental

a:

Carlos Alberto Sánchez Duarte

Identificado con T.I. No. 870113-52780 de Bucaramanga

quien cumplió con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los reglamentos y normas legales vigentes. Le fue otorgado el diploma que lo acredita como tal.

Esta Institución está aprobada en el nivel de Educación Media por la Secretaría de Educación de la Gobernación de Santander, para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad Académica, según Licencia de Funcionamiento No. 12457 del 28 de octubre de 2002.

Es fiel copia del Acta original en lo pertinente.

En Floridablanca, Santander, a los 19 días del mes de Diciembre de 2003.

Firmada y Sellada.

Notaría Cincuenta y Cuatro de Bogotá
Cuarenta y Cuatro Encargado
7 FEB. 2008
Cecilia Cortes Jiménez
Notaria Cuarenta y Cuatro Encargada

Rector (a)

Secretaria

NOTA: No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

REPÚBLICA DE CUBA

31 MAR 2015

El Rector
de la Escuela Latinoamericana
de Medicina

en uso de las facultades que le están conferidas y a propuesta del Decano de la Facultad, expide el presente Título de:

Doctor en Medicina

a favor de:

Carlos Alberto Sánchez Duarte

por haber cumplido los requisitos establecidos en el plan de estudios y realizado los ejercicios correspondientes para la conclusión de la carrera, el día 8, del mes de julio, del año 2014.

En testimonio de lo cual, se inscribe en la ciudad de La Habana, a los 9 días, del mes de julio, del año 2014.

Decano

Rector

Refrendado:

Secretario General

Registrado en tomo 10 folio 56 número 1381 del Registro de Títulos de la Secretaría General del CES
Registrado en tomo 1 folio 256 número 9850 de la Secretaría de la Facultad de Medicina - Camagüey

CONSULADO GENERAL DE COLOMBIA EN CUBA

Certifico: No. 1332

Que DAISY MORCJON DIAZ, quien autoriza este documento ejerceía funciones en la DIRECCIÓN ASUNTOS CONSULARES DEL MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES DE CUBA y que los sellos y firmas son las que usa según nuestros registros. No se asume responsabilidad por su contenido.

Derechos: F.R.: US$16.00

La Habana: 29 JUL 2014

César Emigdio Hernández Riaño
Cónsul General

AB 004394

República de Cuba
Ministerio de Relaciones Exteriores
DACCRE

CERTIFICO: Que el parecen la firma que antecede del funcionario autorizante de este documento, es auténtica por la semejanza que guarda con la que obra en el registro y con la que el acostumbre a usar en sus actos oficiales.
En fe de lo cual autorizo la presente [illegible]

para surtir efectos legales en el exterior.
Daisy Morejón Díaz
Dado en MINREX a los 11 días de JUL del 2014

ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA

Carretera Panamericana Km. 3½ Santa Fe,
Playa, La Habana, Cuba.

INGENIERA WUILMARIS PÉREZ TORRES, SECRETARIA GENERAL DE LA ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA, LA HABANA, REPÚBLICA DE CUBA.

CERTIFICO QUE: **Carlos Alberto Sánchez Duarte**
Procedente de: **COLOMBIA**
graduado(a) de DOCTOR(A) en MEDICINA, en este Centro de Educación Médica Superior culminó sus estudios el día: ocho de julio de dos mil catorce manteniendo durante los años de la carrera, tanto en el área de las Ciencias Básicas como en el área clínica una conducta satisfactoria y buena praxis.

El título está expedido con fecha: nueve de julio de dos mil catorce registrado en el tomo 10 folio 56 número 1381 correspondiente al libro de registros de graduado del centro y tomo 1 folio 236 número 9850 del registro de graduados de la facultad de ciencias médicas: **Camagüey**

El título así como los demás documentos expedidos y programas de estudio, lo habilitan para ejercer como Médico General en todo el Territorio Nacional.

ASÍ MISMO CERTIFICO QUE: Este centro pertenece a la red de centros universitarios del país para las especialidades de Medicina con todas las funciones y facultades inherentes a esta rama de la Educación Superior acorde con la Ley 1307 de 1976 dictada por el órgano legislativo de la República de Cuba y el acuerdo No 3878 con fecha 31 de enero de 2001 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, acordando categorizar a la Escuela Latinoamericana de Medicina como centro de Educación Superior adscripto al Ministerio de Salud Pública.

Y para surtir efecto fuera del territorio nacional, se expide el presente documento en La Habana, República de Cuba, el nueve de julio de dos mil catorce

Ing. Wuilmaris Pérez Torres
Secretaria General
ELAM

Secretaria General

Lic. Víctor Pablo Bermejo Bencomo, Lic. María de los Ángeles Montalvo Carrió Asesores Jurídicos del Ministerio de Salud Pública. Por la presente

CERTIFICO: Que la firma del funcionario que antecede es auténtica por la semejanza que guarda con la que acostumbra a usar en sus actos oficiales.

Dado en La Habana a los 10 días del mes de julio de 20 14

EXENTO
Impuesto sobre Documentos
Ley 113, Título VI, Artículo 220
Ministerio Finanzas y Precios.

AB004281

República de Cuba
Ministerio de Relaciones Exteriores
DACCRE

CERTIFICO: Que al parecer la firma que antecede del funcionario autorizante de este documento, es auténtica por la semejanza que guarda con la que obra en el registro y con la que él acostumbra a usar en sus actos oficiales.
En fe de lo cual autorizo la presente con mi firma y el sello de este ministerio.
Funcionario autorizado para certificar autenticaciones de firmas de documentos para surtir efectos legales en el exterior.

Dado en La Habana a los 11 días de JUL. del 2014

Daisy Morejón Díaz
MINREX 12267

CONSULADO GENERAL DE COLOMBIA EN CUBA

Certifico: **No.** 1379

Que **DAISY MOREJÓN DÍAZ,** quien autoriza este documento ejerce/ia funciones en la **DIRECCIÓN ASUNTOS CONSULARES DEL MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES DE CUBA** y que los sellos y firmas son las que usa según nuestros registros. No se asume responsabilidad por su contenido

Derechos: F.R.: US$16.00

La Habana: 29 JUL 2014

César Emigdio Hernández Riaño
Cónsul General

Para realizar seguimiento:
1. www.mineducacion.gov.co
2. Atención al Ciudadano
3. Consultas en línea
4. Usuario y contraseña:
5. C.C. X C.E. __ Pasaporte __
6. Opción requerimientos

educación de calidad
EL CAMINO PARA LA PROSPERIDAD

Ministerio de Educación Nacional
República de Colombia

LA ASESORA DE LA SECRETARIA GENERAL DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

HACE CONSTAR:

Que **CARLOS ALBERTO SANCHEZ DUARTE,** identificado(a) con **cédula de ciudadanía No. 1095791281 de SANTANDER(FLORIDABLANCA),** presentó ante este Ministerio los documentos para la convalidación del título de **UNIVERSITARIA** de **DOCTOR EN MEDICINA** de: ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA en CUBA.

Que los documentos fueron radicados bajo el **SAC Nº 617713 de 10 de septiembre de 2014** y su solicitud se encuentra en trámite con el fólder N° 54946.

La presente se expide a solicitud del interesado, en Bogotá D.C., el 10 de septiembre de 2014.

JULIA INES BOCANEGRA ALDANA

Preparó: UAC

CORDIS: 2014ER146652
SAC: 617713
FOLDER: 54946

Verificación de documentos de la solicitud de CONVALIDACIÓN

DOCUMENTOS APORTADOS POR EL CONVALIDANTE	Presente	Traduccion
Fotocopia autenticada del Diploma o Título (debidamente Legalizado por via diplomatica o con sello de apostilla)	SI	NO
Recibo de consignación	SI	NO
Fotocopia del documento de identidad	SI	NO
Programa original o fotocopia autenticada (debidamente Legalizado por via diplomatica o con sello de apostilla)	SI	NO
Certificado de calificaciones original o fotocopia autenticada (debidamente Legalizado por via diplomatica o con sello	SI	NO
Solicitud de convalidación (formulario)	SI	NO
PARA LOS NIVELES DE MAESTRIAS Y DOCTORADOS	**Presente**	**Traduccion**
Documentos que acrediten participación en actividades de investigación	NO	NO
Documentos que acrediten prácticas	NO	NO
Copia de Tesis de Grado y/o resumen en español	NO	NO
PARA EL AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD	**Presente**	**Traduccion**
Certificación del año de internado rotatorio (o su equivalente)	NO	NO
TITULOS DE POSTGRADO EN EL AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD	**Presente**	**Traduccion**
Documentos que acrediten actividades académicas y asistenciales	NO	NO
Record quirúrgico o de consulta expedido por la autoridad competente	NO	NO
Certificación de actividades prácticas de especialización	NO	NO
Titulos, certificados o documentos relacionados con otra especialidad médica	NO	NO
Fotocopia simple del titulo de pregrado	NO	NO
OTROS DOCUMENTOS	**Presente**	**Traduccion**
Otros. (especificar)	NO	NO
Fotocopia del Pasaporte	NO	NO

NOTA 1. Cuando el título que se pretende convalidar corresponde a una maestria o doctorado (en cualquiera de las áreas de conocimiento), en caso de que su solicitud deba ser resuelta por el criterio de evaluación académica, el evaluador podrá solicitar, si lo considera necesario, copia del trabajo de investigación o tesis doctoral o resumen en español del mismo. Si el convalidante lo desea, puede anexar copia informal de este documento al momento de radicar la solicitud. El resumen, si es el caso, podrá ser traducido al español de manera informal.

NOTA 2. En caso de que su solicitud deba ser resuelta por el criterio de evaluación académica, el evaluador podrá solicitar, si lo considera necesario, copia informal del programa académico del título que desea convalidar para emitir concepto técnico académico. Si el convalidante lo desea, puede anexar copia informal de este documento al momento de radicar la solicitud.

NOTA 3. Los documentos señalados como opcionales pretenden brindar al evaluador mejores elementos de juicio, en caso de ser requeridos. Si el convalidante los tiene, se sugiere aportarlos al iniciar el trámite con el fin de agilizar el proceso.

ANEXOS: -ANEXA PLAN DE ESTUDIOS EMPASTADO
-ANEXA CASO SIMILAR
OBSERVACIONES: No hay observaciones

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 17539

(21 OCT. 2014)

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

LA SUBDIRECTORA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR
en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el artículo 29 del Decreto 5012 de 2009 y la Resolución No 5515 del 16 de mayo de 2013

CONSIDERANDO:

Que CARLOS ALBERTO SÁNCHEZ DUARTE, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No 1.095 791 281, presentó para su convalidación el título de DOCTOR EN MEDICINA, otorgado el 9 de julio de 2014, por la ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA, CUBA, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No. 2014ER146652-54946/14.

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 5012 de 2009, corresponde al Ministerio de Educación Nacional convalidar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes.

Que en virtud del artículo 3° de la Resolución 5547 del 1° de diciembre de 2005 y 178 del Decreto 019 de 2012, uno de los criterios aplicables para efectos de la convalidación de títulos de educación superior otorgados por instituciones extranjeras, es el Caso Similar, el cual establece que *"Cuando el título que se someta a convalidación, corresponda a un programa académico que hubiera sido evaluado con anterioridad por el Ministerio de Educación Nacional o el ICFES, se resolverá aplicando la misma decisión que en el caso que sirve como referencia. Para tal efecto, deberá tratarse del mismo programa académico, ofrecido por la misma institución y con una diferencia entre las fechas de otorgamiento de los dos títulos que no podrá exceder los ocho (8) años."*

Que en un caso similar al considerado en el presente acto administrativo, el Ministerio de Educación Nacional, mediante resolución No. 10033 del 22 de agosto de 2012, convalidó un título otorgado el 23 de julio de 2006, por la misma universidad y correspondiente al mismo programa académico, previa evaluación de la Comisión Nacional Intersectorial para el Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior-CONACES-, la cual emitió concepto académico favorable, señalando que el título obtenido es equivalente al de MÉDICO.

Que con fundamento en las anteriores consideraciones y después de haber estudiado la documentación presentada, se concluye que es procedente la convalidación solicitada.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO - Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de DOCTOR EN MEDICINA, otorgado el 9 de julio de 2014, por la ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA, CUBA, a CARLOS ALBERTO SÁNCHEZ DUARTE, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No 1.095.791.281, como equivalente al título de MÉDICO, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992.

PARÁGRAFO - La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión.

ARTÍCULO SEGUNDO.- La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y contra la misma proceden los recursos de ley, los cuales deberán ser interpuestos dentro del plazo de diez (10) días establecido por el artículo 76 de la ley 1437 de 2011

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C. a los 21 OCT. 2014

LA SUBDIRECTORA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR

JEANNETTE LIKEDE GONZALEZ

Proyectó: JFTS 15-09-14
Revisó: G Guarín–Grupo de Convalidaciones.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
BATALLÓN DE INFANTERÍA No.39 "SUMAPAZ"

Al contestar, cite este número

Radicado No. **2026842014351183**: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMOP-DIV05-BR13-BISUM.

Fusagasugá, Cundinamarca, 8 de mayo de 2026

Señor Teniente Coronel
HAROLD GIOVANNY VILLALOBOS SANCHEZ
Comandante Batallón de Infantería No. 39 "SUMAPAZ"
Kilómetro 4 vía Arbeláez, Finca la Arboleda

ASUNTO: Formato Información Personal Ingreso PS. ESM BISUM 2026

Respetuosamente me permito enviar al señor Comandante Batallón de Infantería No. 39 "SUMAPAZ", el Formato Información Personal Ingreso PS. ESM BISUM 2026, para la contratación del año 2026, así.

No	PROFESIONAL	CARGO	OBSERVACIONES
1	CARLOS ALBERTO SANCHEZ DUARTE	MEDICO GENERAL	

Respetuosamente,

CT. MARIA ANGELICA MEJIA PARRA
Directora ESM BISUM

Elaboró: AA-17. Pilar Trujillo Ordoñez
Aux. Adm. ESM BISUM

Revisó: SP. Eder Alomia
Director ESM BISUM

ANEXO: Formatos No. 01

Sgt. Ana Sic mil. 08-05-2026 10:20

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:09:25 PM horas del 05/05/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1095791281**

Apellidos y Nombres: **SANCHEZ DUARTE CARLOS ALBERTO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 05 de mayo de 2026, a las 21:05:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1095791281
Código de Verificación	1095791281260505210509

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

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

gov.co

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN COLOMBIA

Buscar

Inicio | Transparencia y acceso información pública | Atención y Servicios a la ciudadanía | Participa | Procuraduría | Sala de Prensa | De interés | Paz Electoral | Informe de Gestión

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación: Cédula de ciudadanía

Número Identificación: 1095791281

¿ Cuanto es 3 + 2 ?

MEDELLIN

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) CARLOS ALBERTO SANCHEZ DUARTE identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1095791281.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: martes, mayo 05, 2026 - Hora de consulta: 20:58:51

El certificado de antecedentes ordinario, contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. (Inciso 3, artículo 238 de la ley 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021)

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedente

Policía Nacional de Colombia

(https://www.policia.gov.cc

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 05/05/2026 09:07:11 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1095791281** y Nombre: **CARLOS ALBERTO SANCHEZ DUARTE.**

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. **139589931** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14110088510 3

(415)7707212489984(8020) 000014110088510 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 9 5 7 9 1 2 8 1	2	Impuestos y Aduanas de Girardot 8	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 9 5 7 9 1 2 8 1

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Santander 6 8	Floridablanca 2 7 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SANCHEZ	DUARTE	CARLOS	ALBERTO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Fusagasugá 2 9 0

41. Dirección principal
CL DIECISIETE B 14 10 ED BALCONES DE PIEDRA GRANDE AP 801

42. Correo electrónico carlos21094@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código	55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3
	57. Modo
	58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024-08-07 / 03:48:21AM

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 2013. 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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 05-05-2026 09:28:48PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Consulte su estado RUT.

REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO.

Por favor suministre los siguientes datos

NIT	1095791281	DV	2

Primer Apellido	SANCHEZ	Segundo Apellido	DUARTE
Primer Nombre	CARLOS	Otros Nombres	ALBERTO

Fecha Actual	08-05-2026 11:20:01
Estado	REGISTRO ACTIVO

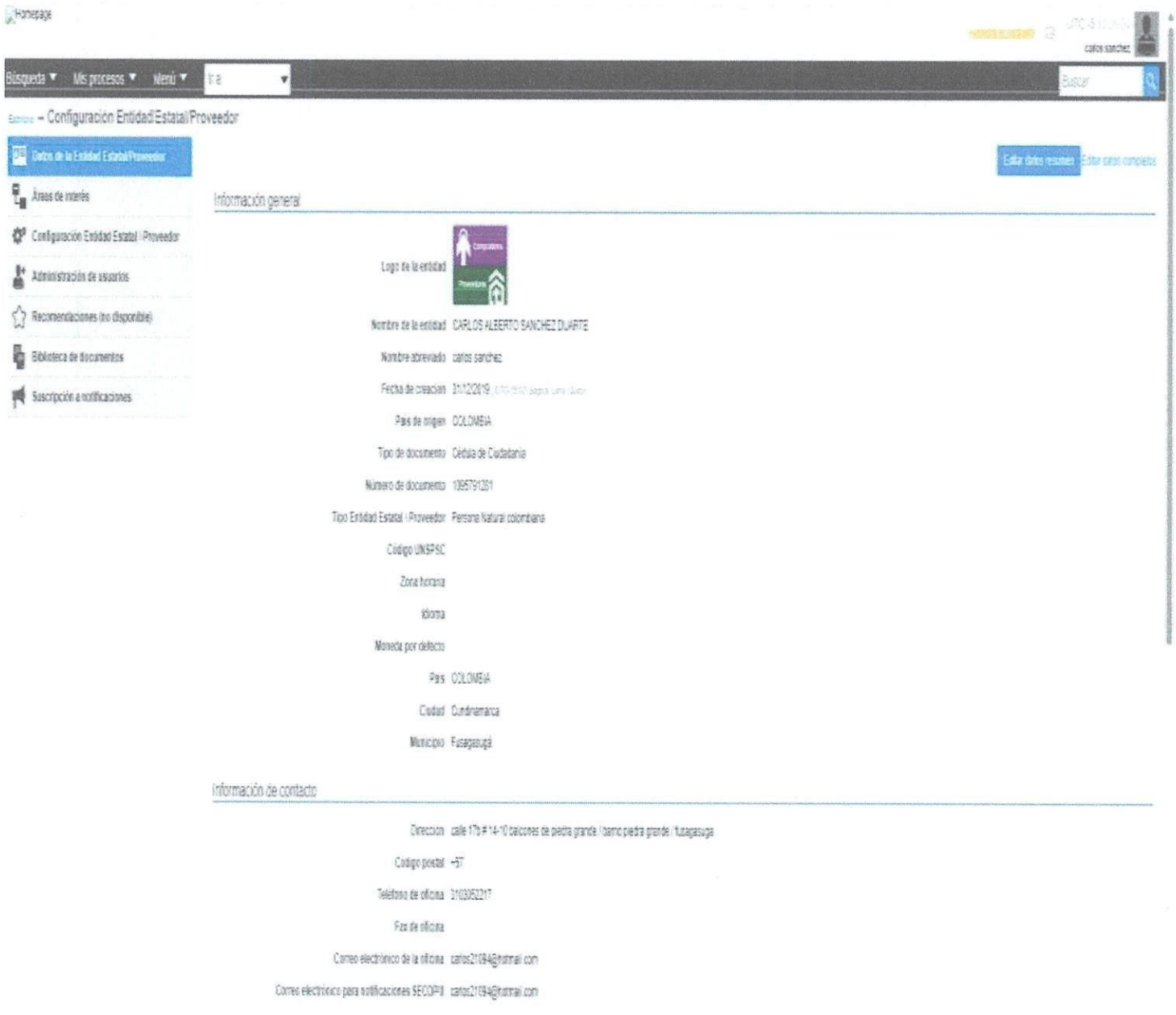
Registro Activo: Corresponde a los NIT que se encuentran vigentes en la base de datos de la DIAN.

Verifique que es un ser humano

CLOUDFLARE

Privacidad • Ayuda

Buscar Limpiar


Homepage
carlos sanchez
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar
Explorar – Configuración Entidad Estatal/Proveedor
Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones
Editar datos resumen
Editar datos completos
Información general
Logo de la entidad
Nombre de la entidad CARLOS ALBERTO SANCHEZ DUARTE
Nombre abreviado carlos sanchez
Fecha de creación 31/12/2019
País de origen COLOMBIA
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
Número de documento 1095791351
Tipo Entidad Estatal / Proveedor Persona Natural colombiana
Código UNSPSC
Zona horaria
Idioma
Moneda por defecto
País COLOMBIA
Ciudad Cundinamarca
Municipio Fusagasugá
Información de contacto
Dirección calle 17b # 14-10 barcones de piedra grande / barrio piedra grande / fusagasuga
Código postal +57
Teléfono de oficina 2103952217
Fax de oficina
Correo electrónico de la oficina carlos21094@hotmail.com
Correo electrónico para notificaciones SECOP II carlos21094@hotmail.com

Salud

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

AFILIACIÓN A CESANTIAS

Fecha de Corte: 2026-05-08

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS

Fecha de Corte: 2026-05-08

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

Fecha de Corte: 2026-05-08

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Salud

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA

Fecha de Corte: 2026-05-08

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1095791281	CARLOS	ALBERTO	SANCHEZ	DUARTE	M

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2026-05-08

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
NUEVA EPS S.A.	Contributivo	01/11/2017	Protección Laboral C	COTIZANTE	FUSAGASUGA

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2026-05-08

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: PRIMA MEDIA	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	2019-07-01	Activo cotizante
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2006-11-21	Retirado

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2026-05-08

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
COMPAÑIA DE SEGUROS COLSANITAS	2023-11-01	Activa		Cundinamarca-FUSAGASUGÁ

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2026-05-08

No se han reportado afiliaciones para esta persona

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CARLOS ALBERTO SANCHEZ DUARTE identificado(a) con CC 1095791281 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	12/07/2015
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	BIENESTAR IPS SEDE FUSAGASUGA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 5 días del mes de Mayo del año 2026.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CARLOS ALBERTO SANCHEZ DUARTE** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1095791281,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/2019** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 05 de mayo de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA GRUPO DE TALENTO HUMANO	Formato Acta de compromiso acatamiento normas de bioseguridad DIGSA
		Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-91 V1
		Proceso: Administración del Talento Humano – Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

Fecha: MAYO DE 2026 Acta No.

ESM: DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA

Sección

Tipo Vinculación: Prestación de Servicios

Cargo: MEDICO GENERAL

Yo **CARLOS ALBERTO SANCHEZ DUARTE** identificado (a) con C.C. **1.095.791.281** de **FLORIDABLANCA SANTANDER** me comprometo a dar cumplimiento a las normas de Bioseguridad en el desarrollo de las actividades propias de mi trabajo, utilizando los elementos de protección personal (EPP), e informar y/o reportar todo accidente de trabajo por riesgo biológico que se pueda presentar, dentro del tiempo establecido por la normatividad legal vigente.

NORMAS DE BIOSEGURIDAD:

- Todas las personas que laboran en el área deben conocer los riesgos a los cuales se encuentran expuestos y reportar o informar oportunamente sobre cualquier condición insegura.
- Todos los trabajadores que participen en un procedimiento invasor deben evitar el contacto de su piel o mucosas con la sangre o líquidos corporales del paciente mediante Elementos de Protección Personal como: guantes, mascarillas, protectores oculares o faciales, batas entre otros.
- Durante todo procedimiento se debe observar estricto cuidado en la técnica del mismo y evitar la entrega a ciegas de instrumentos corto punzante, tales como hojas de bisturí y agujas.
- Se deben conservar siempre las precauciones universales, las cuales se presentan en el Antes y después de cada procedimiento con pacientes se deberá realizar el lavado de manos.
- No deben consumirse bebidas o comidas con los guantes puestos, ni en áreas de trabajo.
- Al observar un acto inseguro por parte de un compañero debe realizársele la observación directa con el fin que estos actos sean corregidos.
- **Nunca se debe re-enfundar una aguja** para desecharla, se deben utilizar los recipientes para corto punzantes o guardianes; en caso de requerirse colocarle la funda al elemento corto punzantes se deberá utilizar la técnica de **UNA SOLA MANO**.
- No guardar alimentos en las neveras ni en los equipos de refrigeración de sustancias contaminantes o químicos.
- Abstenerse de tocar con las manos enguantadas alguna parte de su cuerpo y de manipular objetos diferentes a los requeridos durante e procedimiento
- Utilizar la mascarilla y protectores oculares durante procedimientos que puedan generar salpicaduras o gotitas, aerosoles de sangre u otros líquidos corporales.
- Usar delantal en aquellos procedimientos en que se esperen salpicaduras, aerosoles o derrames importantes de sangre u otros líquidos orgánicos.
- No deambular con los elementos de protección personal fuera de su área de trabajo.
- Mantener lugar seguro y de fácil acceso.
- Si presenta alguna herida, por pequeña que sea debe estar cubierta.
- Mantener actualizado su esquema de vacunación especialmente contra Hepatitis B.
- Utilizar las técnicas correctas en la realización de todo procedimiento.

- Manejar con estricta precaución los elementos corto punzante y desecharlos en los guardianes ubicados en cada servicio.
- No cambie elementos corto punzantes de un recipiente a otro.
- Lavado las manos antes y después de cada procedimiento e igualmente si se tiene de contacto con material patógeno.
- Las gafas de seguridad, respiradores y caretas deben permanecer guardadas en su empaque original.
- Los Elementos de protección personal son de uso personal e intransferible.
- La ropa de trabajo (bata, uniforme, etc.) deben ser lavados por separado.

Todos los pacientes y sus fluidos corporales independientemente del diagnóstico de ingreso o motivo por el cuál haya entrado al dispensario deberán ser considerados como potencialmente infectantes y se debe tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra una transmisión.

Es obligación del trabajador informar a su superior inmediato la ocurrencia de un accidente de trabajo en el momento que este suceda. Este debe ser reportado a la ARL y la DISAN dentro de los dos días hábiles siguientes (48 horas) de ocurrido el accidente de trabajo.

Me comprometo a dar cumplimiento por escrito a lo que aquí contenido siendo conocedor de los riesgos biológicos a las cuales estoy expuesto.

En constancia firman:

CARLOS ALBERTO SANCHEZ DUARTE
Firma Trabajador y/o Funcionario

C.C. 1.095.791.281 **De FLORIDABLANCA SANTANDER**

Firma Líder de SST del centro de trabajo de la DGSM/DISAN/ESM BISUM

COOPERATIVA MULTIACTIVA DEL SUMAPAZ
nit 808.002.168-9

COOPSUMAPAZ IPS

direccion calle 17a n 12-76 barrio piedra grande fusagasuga
tel 9229865 cel 3219317052
medicinalaboral.coopsumapaz@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 31.521

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	05 MES	2026 AÑO	FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador: NO APLICA

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
SANCHEZ DUARTE CARLOS ALBERTO	MASCULINO	39 AÑOS 3 MESES 23 DÍAS	CC (Tipo)	1095791281 (Número)

Cargo: MEDICO GENERAL

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	COLPENSIONES	AXA COLPATRIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA DESARROLLAR SU LABOR

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN 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:

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	OPTOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
		HÁBITOS SALUDABLES
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE

- CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ESTABLECIDAS POR LA EMPRESA, DE ACUERDO CON EL PANORAM DE FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADO.
- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA DOS (2) HORAS POR 5 MINUTOS DURANTE LA JORNADA LABORAL, PARA FAVORECER LA MOVILIDAI PREVENIR LA FATIGA Y MEJORAR EL BIENESTAR FÍSICO.
- ASISTIR Y PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LAS CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES DE FORMACIÓN PROGRAMADAS POR LA EMPRESA FORTALECIENDO LA CULTURA DE AUTOCUIDADO.
- HACER USO ADECUADO Y PERMANENTE DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) CORRESPONDIENTES AL NIVEL D RIESGO DEL CARGO.
- DAR CUMPLIMIENTO A LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE NO CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DENTRO FUERA DEL ENTORNO LABORAL.
- MANTENER UNA HIGIENE POSTURAL ADECUADA, ADOPTANDO POSICIONES ERGONÓMICAS EN EL DESARROLLO DE LAS TAREAS DIARIAS.
- UTILIZAR TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA EL CARGO, CONFORME AL PANORAMA DE RIESGO LABORALES ESTABLECIDO.
- FOMENTAR Y MANTENER LA PRÁCTICA REGULAR DE ACTIVIDAD FÍSICA O DEPORTIVA, ACORDE CON LOS INTERESES PERSONALES, E ESTADO FÍSICO Y LA CONDICIÓN DE SALUD INDIVIDUAL.
- REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER CONDICIÓN INSEGURA O ACTO INSEGURO OBSERVADO EN EL ÁREA DE TRABAJO
- MANTENER UNA ALIMENTACIÓN BALANCEADA E HIDRATACIÓN ADECUADA, PRIVILEGIANDO ALIMENTOS SALUDABLES Y EVITANDO E CONSUMO EXCESIVO DE AZÚCARES, GRASAS Y BEBIDAS ESTIMULANTES.
- PROMOVER UN AMBIENTE LABORAL ARMÓNICO Y RESPETUOSO, BASADO EN LA COMUNICACIÓN ASERTIVA, LA EMPATÍA Y EL TRABAJ EN EQUIPO.
- CUMPLIR CON LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA MÉDICA OCUPACIONAL, ASISTIENDO A LOS CONTROLES DE SALUD PERIÓDICO ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
- MANTENER EL ORDEN Y LA LIMPIEZA EN EL PUESTO DE TRABAJO, CONTRIBUYENDO A UN ENTORNO SEGURO Y AGRADABLE.
- PROTEGER LA SALUD AUDITIVA Y VISUAL, HACIENDO PAUSAS VISUALES, AJUSTANDO LA ILUMINACIÓN DEL ENTORNO Y UTILIZANDO PROTECCIÓN AUDITIVA CUANDO SEA NECESARIO.

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

Scanned with CamScanner

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma: Dra. Adriana Trujillo Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo Res. 810149 - Resolución 2520910	Código de Seguridad D1324J1P31521	Firma:
Nombre: CC: 52692879 - ADRIANA TRUJILLO		Nombre: SANCHEZ DUARTE CARLOS ALBERTO
R. M.: 52692879 L.S.O.: 250859-2019		CC: 1095791281

Scanned with CamScanner

COOPSUMAPAZ IPS

COOPERATIVA MULTIACTIVA DEL SUMAPAZ
nit 808.002.168-9

direccion calle 17a n 12-76 barrio piedra grande fusagasuga
tel 9229865 cel 3219317052
medicinalaboral.coopsumapaz@gmail.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — Atención N°: 18354

Fecha: 08/05/2026 Ciudad: FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO Eps: NUEVA EPS
CC: 1095791281 Nombre: SANCHEZ DUARTE CARLOS ALBERTO Edad: 39 AÑOS 3 MESES 23 DÍAS Genero: MASCULINO
Fecha Nacimiento: 13/01/1987 Empresa: PARTICULARES Ocupacion: MEDICO GENERAL

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

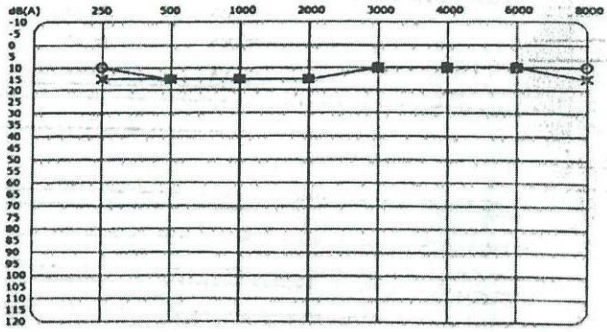
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 12 Hora(s) Realizó re test: SI Uso Cabina Sonoamortiguada: SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: AUDIOMETRO MAICO F. Ultima Calibración: 2024-08-15

O : Via aérea del OD X : Via aérea del OI
< : Via ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Via ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	10	15	15	15	10	10	10	10
VAOI	15	15	15	15	10	10	10	15

PTA Oído derecho: 13.75 PTA Oído izquierdo: 13.75

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) Oído izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO USE PROTECCIÓN AUDITIVA	

Observaciones

AUDICION NORMAL BILATERAL

FONOAUDIÓLOGO

Firma:
Nombre: CC: 53931365 - NELY JOHANA GONZALEZ
R. M.: 53931365 L.S.O.:

Código de Seguridad
S1324Y2E18354

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: SANCHEZ DUARTE CARLOS ALBERTO
CC 1095791281

Scanned with CamScanner

COOPERATIVA MULTIACTIVA DEL SUMAPAZ
nit 808.002.168-9

COOPSUMAPAZ IPS

direccion calle 17a n 12-76 barrio piedra grande fusagasuga
tel 9229865 cel 3219317052
medicinalaboral.coopsumapaz@gmail.com



HISTORIA CLÍNICA DE OPTOMETRÍA

DATOS PERSONALES — **Atención Nº: 23,332**

Municipio: FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) **Fecha:** 08/05/2026 **Nombre:** SANCHEZ DUARTE CARLOS ALBERTO
CC: 1095791281 **Dirección:** CALLE 17 B N 14 10 **Teléfonos:** 3103052217 -
Edad: 39 AÑOS 3 MES **Genero:** MASCULINO **Estado Civil:** SOLTERO(A) **Aseguradora:** NUEVA EPS
Acompañante: NO **Parentesco:** NO **Teléfono:** NO

Motivo Consulta:	Última Revisión:
EXAMEN OCUPACIONAL	1 AÑO

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

DESCRIBALOS	NIEGA ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA
ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN

AMBOS OJOS: NO REVISADO	AV VL 20	AV VP 05
OJO DERECHO: NO REVISADO	AV VL 20	AV VP 05
OJO IZQUIERDO: NO REVISADO	AV VL 20	AV VP 05

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN

OJO IZQUIERDO: NO REVISADO	AV VL	AV VP
AMBOS OJOS: NO REVISADO	AV VL	AV VP
OJO DERECHO: NO REVISADO	AV VL	AV VP

VISIÓN COLOR
OJO DERECHO: NORMAL
OJO IZQUIERDO: NORMAL

ESTEREOPSIS
OBSERVACIÓN: NORMAL 40 SEG/ARCO

EXAMEN EXTERNO DEL OJO
OJO DERECHO: NORMAL
OJO IZQUIERDO: NORMAL

RX EN USO

	Esfera	Cilindro	Eje	DP				
OJO IZQUIERDO		N/A	N/A		AV VL	AV VP	ADD	N/A
AMBOS OJOS		N/A	N/A		AV VL	AV VP	ADD	N/A
OJO DERECHO		N/A	N/A		AV VL	AV VP	ADD	N/A

COVER TEST (CT)
VISIÓN LEJANA: NORMAL
VISIÓN PRÓXIMA: NORMAL

KERATROMETRÍA
OJO IZQUIERDO: K' =
OJO DERECHO: K' =

REFRACTOMETRÍA
OJO DERECHO: NO REVISADO
OJO IZQUIERDO: NO REVISADO

RETINOSCOPÍA

	Esfera	Cilindro	Eje	DP				
OJO IZQUIERDO		N/A	N/A		AV VL	AV VP	ADD	N/A

Scanned with CamScanner

Dr. Carlos MG

OJO DERECHO	N/A	N/A	AV VL	AV VP	ADD	N/A
OJO IZQUIERDO	N/A	N/A	AV VL	AV VP	ADD	N/A

RX FINAL (FORMULACIÓN)	Esfera	Cilindro	Eje	DP				
OJO IZQUIERDO	N	N/A	N/A		AV VL 20	AV VP 05	ADD	N/A
OJO DERECHO	N	N/A	N/A		AV VL 20	AV VP 05	ADD	N/A

OFTALMOSCOPÍA.

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	Enfermedad general	PRINCIPAL

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

PROXIMO CONTROL EN UN AÑO
USAR PROTECCIÓN SOLAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SU CAPACIDAD VISUAL ACTUAL ES ADECUADA PARA EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO HABITUAL.
SE DAN RECOMENDACIONES

TIPO DE LENTE	MATERIAL	COLOR	FILTRO	MONTURA	OBSERVACIONES

EVOLUCIONES

OPTOMETRA

Dra. Johana Hernández Q.
Optometra F.L.S.A.L.
TP. 1359

Firma:

Nombre: CC: 209421832 - JOHANA IBETH HERNANDEZ

R. M.: 1359 L.S.O.:

TRABAJADOR

Firma:

Nombre: SANCHEZ DUARTE CARLOS ALBERTO

CC: 1095791281

Scanned with CamScanner

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

I. DATOS PERSONALES

Apellidos: SANCHEZ DUARTE		Nombres: CARLOS ALBERTO	
N° de Documento: 1095791281		Edad: 39 años	
Genero:	Mujer	Hombre	X
Profesión u ocupación: MEDICO GENERAL		Número de contacto: 3103052217	
Correo electrónico: cindytatianaroncanciosastre@gmail.com			

II. DATOS LABORALES

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

DIGSA		DISAN EJC	X	DISAN ARC		JEFSA FAC	
Establecimiento de Sanidad Militar:							
Cargo al que aspira: Medico general							

III. TIPO DE VINCULACIÓN

Nombramiento en Planta DIGSA		Servicio Social Obligatorio (SSO)		Prestación de Servicio (OPS)	X

IV. DATOS CARNÉ DE VACUNACIÓN

PREGUNTA	SI	NO
¿Adjunta Carné de Vacunación?	X	
¿Validación contra el carné de vacunación?	X	

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES NETAMENTE ASISTENCIALES

VACUNA	GÉNERO	OBSERVACIÓN	DOSIS	CUMPLE SI / NO	FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE
Hepatitis A	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	SI	NO
Hepatitis B	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	SI	07/09/2019
			2da	SI	NO
			3ra	SI	
			1 Refuerzo cada 15 años al terminar esquema	SI	
Toxoide Tetánico y Diftérico	Mujer	Este esquema de vacunación se requiere hasta los 49 años de edad.	1ra		
			2da		
			3ra		
			4ta		
			5ta		
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		
	Hombre		1ra	SI	8/4/2019
			2da	SI	NO
			3ra	SI	NO
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar	SI	NO

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES NETAMENTE ASISTENCIALES

Influenza Estacional	Hombre/Mujer	Si la contratación se realiza antes del mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior. Si la contratación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente La única justificación para la NO aplicación es la no disponibilidad en el país.	1ra	SI	NO
Fiebre amarilla	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar al personal que desarrolle actividades en zonas inferiores a 2.000 m sobre el nivel del mar. Solo se debe solicitar a menores de 60 años, sin antecedentes de enfermedades que afectan el sistema inmunológico.	1ra	SI	NO
Varicela	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años sin antecedente de vacunación o de haber tenido la enfermedad, y sin antecedentes de enfermedades que afecten el sistema inmunológico.	1ra	SI	✓
Triple Viral (TV) (sarampión, rubeola y parotiditis)	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años, para todo el país y sin antecedente de enfermedades que afecten el sistema inmunológico. No es válida la bivalente (sarampión y rubeola)	TV (SRP) 1 dosis con cepa Jeryl Lynn adultos.	SI	
DPTA - Difteria - Tétano - Tosferina a celular	Hombre/Mujer	** si certifica esta vacuna, se puede homologar por una (1) sola dosis de Td - Toxoide Tetánico y Diftérico, pero no lo contrario.	1ra	SI	NO
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar	SI	NO
Neumococo	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	SI	
		Se deberá solicitar al personal que fue vacunado con vacuna polisacárido	1 Refuerzo cada 5 años al terminar	SI	

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

OBSERVACIONES:	

VI. FIRMA DE COMPROMISO

SI	si	NO		

VII. APROBACIÓN

SI		NO		

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

Firma Jefe de Vacunación del centro de trabajo

Firma Responsable del área de SST de la DIGSA/DISAN/JEFSA

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

Firma del aspirante

Certificado de Vacunación

Institución: Centro médico Comfenalco
Nombre: Carlos sanchez
Identificación: 1095791281 Tel:

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Tetano	2D	8-4-2019	22080170	Olga
		8-10-19		

Cortesía de Sanofi Pasteur

Certificado de Vacunación

Institución: Cruz Roja Colombiana
Nombre: Carlos Alberto Sanchez D.
Identificación: 1095791281 Tel:

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Tdpa	Refuerzo	06-09-17	C4986AE	

Cortesía de Sanofi Pasteur

Certificado de Vacunación

Institución: Centro Médico [illegible]
Nombre: Carlos Alberto Sanchez Ovalle
Identificación: 1095791281 Tel:

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Neumococo	23	10 JUL 2021	T015702	
		colombiano	17 Agosto	

Cortesía de Sanofi Pasteur

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: CARLOS ALBERTO
Apellidos: SANCHEZ DUARTE
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
No. 1.095.791.781
Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 01 Año 1987

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	24-03-21	SINOVAC	E2021 07011	IPS MEDICARE	ELVIRA FERNANDEZ	36.676.186
	2	29-04 2021	SINOVAC	E2021 08011	IPS MEDICARE	[illegible] AUX. DE ENFERMERIA	36.676.186
						COVID-19 Vaccine (Vero Cell), Inactivated Lot No. E202102011 2024 02 14	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	Ref	21-7-22	COVID-19 Vaccine (Vero Cell), Inactivated	B202109143 2022 09 27	HSRF	ANIANA HERNANDEZ	39621384
	2						

DIGSA		
	PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
	Formato	Compromiso Requisitos de Vacunación DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-108
	Vigente	Agosto de 2023

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha de Aprobación	Descripción de los cambios
1	Septiembre 2020	Versión Inicial. Elaboración por primera vez del documento. Este formato corresponde a la Guía requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA código MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-GI.95.1-5
2	Agosto 2023	1. Se actualiza el encabezado de acuerdo con los parámetros establecidos por la alta dirección y el proceso de gestión documental. NOTA PROASIG - PROPLAES: 1. Este documento fue revisado por PROASIG. PROPLAES libera el documento. 2. La información registrada en el documento es responsabilidad del proceso que lo emite. 3. Este documento fue construido de acuerdo con los parámetros de lenguaje claro emitidos por el Departamento Nacional de Planeación.

CONTROL DE APROBACIÓN

Aprobó:	CN. Carlos Arturo Amaya Montealegre Subdirección administrativa y financiera DIGSA	
Revisó:	SMSM. Olga Lucia Molano Rengifo Grupo Talento Humano - GRUTH Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo	MY. Walter Stid Méndez Velasquez Coordinador Grupo Talento Humano DIGSA (E)
	SMSM. Edna del Pilar Martínez Páez Grupo planeación estratégica DIGSA Líder Área Sistemas Integrados de Gestión ARSIG	PD. Alexandra Martínez Vargas Coordinadora Grupo Planeación Estratégica DIGSA Representante de la Alta Dirección
Elaboró:	SMSM. Olga Lucia Molano Rengifo Grupo Talento Humano Área Seguridad y Salud en el Trabajo	SMSM. Katherine Rodriguez Rojas Grupo Talento Humano Área Seguridad y Salud en el Trabajo

DIGSA		
	PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
	Formato	Compromiso Requisitos de Vacunación DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-108
	Vigente	Agosto de 2023

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:

1. Para el correcto diligenciamiento de éste formato tenga en cuenta las instrucciones que se encuentran de color azul, remplácelas con color negro de acuerdo a la instrucción.
2. Las instrucciones que se encuentran de color negro no las cambie ni elimine.
3. Diligencie el documento de forma digital o manual con color negro y con letra legible, sin borrones ni enmendaduras.
4. Cuando diligencie el formato de forma digital no cambie el tipo de letra (Arial, tamaño 10) ni los espacios entre cada numeral.
5. No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
6. Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.
7. Las instrucciones de color azul las elimina del documento antes de imprimir. Imprima sólo si es necesario

DIGSA		
	PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
	Formato	Compromiso Requisitos de Vacunación DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-108
	Vigente	Agosto de 2023

Este formatc de compromiso se podrá firmar únicamente para completar el esquema de vacunación para HEPATITIS A, DOSIS DE TOXOIDE TETANICO 2,3,4, DOSIS INFLUENZA, FIEBRE AMARILLA, TRIPLE VIRAL, DPTA , VARISELA,

Fecha: 01/05/2026

Tipo de vinculación: Planta [ ] OPS [X] Tercerización de Servicios [ ]

DIGSA [ ] DISAN EJC [ ] DISAN ARC [ ] JEFSA FAC [ ]

ESM: DISPENSARIO MEDICO DEL BATALLON SUMAPAZ.

Yo; **CARLOS ALBERTO SANCHEZ DUARTE**, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 1.095.791.281, me permito suscribir la presente acta de compromiso para la aplicación de las vacunas faltantes en las fechas establecidas así:

VACUNA	GENERO	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN - N/A
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO	Mujeres	2da	
		3ra	
		4ta	
		5ta	
	Hombre	2da	
		3ra	
HEPATITIS B	Mujer/Hombre	2da	
		3ra	

VACUNA	OBSERVACIÓN	FECHA DE APLICACIÓN - N/A
INFLUENZA	Si la contratación se realiza antes del mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior. Si la contratación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente	

La presente se firma en: Fusagasugá a los 01 días del mes Mayo del año 2026 .

Carlos A Sanz

Firma del aspirante.

DIGSA		
	PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
	Formato	Compromiso Requisitos de Vacunación DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-108
	Vigente	Agosto de 2023

Observaciones SST: _____

_____

_____

_____

Danais Díaz.

_____

Firma Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo del centro de trabajo.
Grado. Nombre completo:

_____

Firma Líder de Vacunación del centro de trabajo.
Grado. Nombre completo:

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN

9070795

Nombre	SANCHEZ CARLOS ALBERTO	Fecha de recepcion:	07-sep-2017 4:29 am
Identificacion	CC 1095791281 Tel.	Fecha de impresion:	09-sep-2017 11:39 am
Edad	38 Años 0 Meses 0 Dias Sexo M	Empresa	CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL BOYACA
Medico	MEDICOS VARIOS	Sede	REFERENCIA
No. Ordenamiento	204051	Fecha Validacion	09-sep-2017 8:06:00a.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
VARICELA-HERPES ZOSTER VIRUS: Ac. Ig G	18.1		
Metodo: Inmunoensayo Enzimático-EIA			
V. de Referencia:			
Negativo: Menor de 9.0			
Borderline: De 9.0 a 11.0			
Positivo: Mayor de 11.0			
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	MAYOR DE 1000	mUI/ml	
Metodo: Inmunoensayo Enzimático - EIA			
V. de Referencia:			
No Reactivo: Menor de 10 mUI/ml			
Reactivo: Mayor de 10 mUI/ml			

YERALDYN MARCELA CAMPILLO LOPEZ
CC 1.010.007.102
BACTERIOLOGA

GLBO
GUMERLI GINETH RODRIGUEZ VELANDIA
CC 1052400
BACTERIOLOGA

IVAN GIOVANNI RAMIREZ AYALA
CC. 88.272.036
BACTERIOLOGO

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-05-05--9:44:49 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1095791281	CARLOS	ALBERTO	SANCHEZ	DUARTE	Vigente	Ver

De conformidad con los articulos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) CARLOS ALBERTO SANCHEZ DUARTE identificado(a) con CC 1095791281 registra La siguiente información:

2026-05-05--9:44:49 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Extranjero	Medicina	2017-01-30	17598	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestacion	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA|BOYACÁ|EL COCUY	2015-12-22	2016-12-21	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

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

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA

G. DATOS GENERALES

Quien suscribe: **CARLOS ALBERTO SANCHEZ DUARTE** mayor de edad, de Nacionalidad **COLOMBIANO**, de este domicilio, identificado con Cédula de Ciudadanía No. **1.095.791.281** de **FLORIDA BLANCA SANTANDER** , actuando en nombre propio.

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información que se consigna a continuación es real y autorizo para que el Ministerio de Defensa - Ejército Nacional bajo cualquier medio lega corrobore la veracidad de la misma:

Nombre Completo Cédula de Ciudadanía Pregrado – Universidad Posgrado - Universidad	CARLOS ALBERTO SANCHEZ DUARTE No. 1.095.791.281 ESCUELA LATIONAMERICANA DE MEDICINA "ELAM"
Hace parte reserva activa	SI ☐ NO ☐ Indique causal de retiro ☐ Solicitud propia ☐ Por cumplir dos (2) años en Grado de General, Almirante o General del Aire. ☐ Por llamamiento a calificar servicios. ☐ Por sobrepasar la edad correspondiente al grado. ☐ Por disminución de la capacidad psicofísica para la actividad militar. ☐ Por inasistencia al servicio sin causa justificada de acuerdo con el tiempo previsto en el Código Penal Militar para el delito de abandonamiento del servicio. ☐ Por incapacidad profesional.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA

	[ ] Por retiro discrecional. [ ] Por no superar el periodo de prueba. Número y fecha del acto administrativo mediante el cual pasa a ser parte de la reserva activa. Número y fecha del acto administrativo mediante el cual se le liquida y reconoce la asignación de retiro. Se ha afiliado a pensión SI Indique cual: Porvenir Fecha:
Experiencia especifica (relacionada con el objeto contractual). Los certificados deben estar en la plataforma SIGEP	Contratante: Vigencia
Dirección de residencia (indicar ciudad)	Dirección: Calle 17b No. 14 – 10 B/Piedra Grande Fusagasugá
Teléfono fijo - Teléfono celular	310-3052217
Entidad bancaria y No. De la cuenta Bancaria (indicar si es ahorros - corriente).	Entidad Bancaria: Banco AV Villas Sucursal: Fusagasugá No. de Cuenta: 451898949 Ahorros [X] Corriente [ ]
Teléfono fijo - teléfono celular	Tel. Fijo: Tel. Celular: 310-3052217
Correos electrónicos en los que recibo cualquier comunicación oficial emanada del Ejército.	Carlos21094@hotmail.com
Contratos **vigentes** de prestación de servicios (indique entidad - objeto - plazo de vigencia - Vlr. Total contratado)	Tipo de contrato: OPS Objeto: Prestación de servicios como MEDICO GENERAL - CONSULTA EXTERNA Plazo: MAYO 2026 hasta JUNIO 2026 Vlr. Total, contrato: 8.448.000
Otros contratos **vigentes** (laboral - labor - aprendizaje - ocasional de trabajo - otros)	Tipo de contrato: XXX ObjetoXXX Plazo XXXX Vlr. Total contrato XXXX
Otros contratos **vigentes** (laboral - labor - aprendizaje - ocasional de	Tipo de contrato No. de contrato objeto

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA

trabajo - otros)	Plazo Vlr. Total contratado
Pertenezco al régimen tributario	Común __ Simplificado: X
Régimen de excepción	NOTA 1: APLICA__ NO APLICA: X Pertenece a regímenes excepción razón por la cual debe cancelar los aportes correspondientes a salud al Ministerio de Protección Social - Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), en las condiciones establecidas por esta entidad.
Pago de pensión	NOTA 2: APLICA__ NO APLICA: X El (la) suscrita bajo la gravedad de juramento informa que, de acuerdo a la circular externa 0032 del 23 de mayo de 2007 del Ministerio de Salud y la Protección Social y el artículo 61 de la Ley 100 de 1993 se encuentra exceptuado de cotizar a pensión, toda vez que: (en caso de aplicar, señalar con "X", la excepción que aplique) 1. Nunca ha cotizado en materia pensional y cuenta con 50 años de edad o más, si se es mujer, o 55 años de edad o más, si se es hombre. ___ 2. Se encuentra pensionado por invalidez por el Instituto Seguros Sociales o por cualquier Fondo, Caja o Entidad del sector público o recibió la indemnización sustitutiva de la pensión de vejez o de invalidez por riesgo común (esta excepción no aplica en caso que la invalidez hubiere cesado o desaparecido, en virtud de los programas de readaptación y rehabilitación por parte del Instituto) ___ (Adjuntar acto administrativo)
Estado civil	SOLTERO

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA

Datos cónyuge o compañero permanente: Nombre completo - identificación - empresa o entidad con la cual labora o presta sus servicios - aclare si labora con el MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA y bajo que condición.	Nombre: Identificación: Empresa: Es militar o civil vinculado bajo cualquier modalidad al MINISTERIO DE DEFENSA - EJC -FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada al MINDEFENSA: SI [ ] Especifique: EJC NO: [X]
No. De hijos - nombre - identificación	No. de hijos: Nombre: TI.
Tiene familiares que pertenecen al MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA	NO Grado de consanguinidad: Cargo que desempeña: SI___ NO X
Inhabilidades e incompatibilidades.	Me encuentro incurso en alguna causal de inhabilidad e incompatibilidad Constitucional o legal: SI [ ] Especifique: NO [X]

CARLOS ALBERTO SANCHEZ DUARTE
FIRMA Y POSFIRMA Cedula: 1.095.791.281

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
BATALLON DE INFANTERÍA No. 39 "SUMAPAZ"

Fusagasugá, 08 de Mayo de 2026

DATOS PERSONALES
NOMBRE: Carlos Alberto Sánchez Duarte
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.024.525.014
EDAD: 39 años.
ESTADO CIVIL: Union Libre.
NIVEL EDUCATIVO: Universitario
CARGO AL QUE ASPIRA: Medico General

Asunto: Concepto psicológico.

Se realiza proceso de valoración psicológica con aplicación de prueba psicométrica de personalidad MMPI II. A la aspirante al cargo de Medico General . Durante el contacto inicial, se muestra orientada en sus tres esferas (tiempo, lugar y persona); su discurso es coherente y claro; presenta memoria conservada, pensamiento lógico, al momento del dialogo realiza contacto ocular, presenta postura erguida y conductas de autocuidado, afirma que hasta la fecha no ha sido valorado ni diagnosticada por psicología o psiquiatría y niega tratamiento con psicofármacos.
Posterior al análisis detallado y a los resultados de la prueba psicotécnica, se encuentra dentro de los parámetros normales, donde no se observan indicadores clínicos, psicopatológicos, ni de consumo, a la fecha de la evaluación.

La Psicóloga, **cumple el perfil** para el cargo que aspira actualmente.

RESULTADOS PRUEBA DE PERSONALIDAD – MMPI

L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
64	53	70	48	36	49	49	60	46	38	40	49	36

Respetuosamente,

Cindy Tatiana Roncancio
Psicóloga
U.F.C.

CINDY TATIANA RONCANCIO SASTRE
Psicóloga ESM BISUM.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA

PACTO DE INTEGRIDAD PARA FORTALECER LA TRANSPARENCIA EN EL PROCESO DE SELECCIÓN MODALIDAD CONTRATACION DIRECTA CUYO OBJETO ES LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA GENERAL QUE REQUIERE EL DMTOL.

Ante la opinión pública nacional e internacional, nosotros: por una parte, LOS PROPONENTES en el proceso de Selección Contratación cuyo objeto es **LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA GENERAL PARA EL DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA,** actuando en nombre propio, en este proceso de contratación, y por la otra los **FUNCIONARIOS Y ASESORES DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA**, que han participado y/o participarán en la estructuración técnica, económica y jurídica del presente proceso de contratación, o en su trámite, impulso, revisión y definición, hemos acordado suscribir el presente **"PACTO DE INTEGRIDAD"**, teniendo en cuenta que en Colombia todas las formas de corrupción son ilegales, y que el Estado procesa y continuará procesando a los infractores.

Sin perjuicio del cumplimiento de la ley colombiana, el Pacto de Integridad se enfoca en el compromiso de no soborno con el fin de obtener o retener un contrato u otra ventaja impropia, incluyendo la colus ón con otros con el fin de limitar la competencia para este contrato, y la actuación desleal y contraria a la libre competencia y al interés de propiciar la selección objetiva dentro de las instancias del proceso de contratación.

Lo anterior incluye cualquier tipo de pagos, dádivas u otros favores ofrecidos o concebidos de manera directa o a través de terceros, a funcionarios o asesores del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA**, con el fin de:

1. Procurar que se diseñe el proyecto o partes de éste de una manera que ofrezca ventajas a uno o varios participantes.

2. Dar ventaja indebida a cualquiera de los participantes en la evaluación y elección de los mismos para la adjudicación del contrato.

3. Ganar la adjudicación del contrato.

4. Lograr cambios sustanciales en el contrato ajustando las especificaciones, los plazos o cualquier otro componente importante del contrato.

5. Lograr que sean aprobados por funcionarios públicos, asesores o por el interventor o supervisor del contrato (o por su personal, asesores y subcontratistas) resultados por debajo de los parámetros que sean propuestos por el contratista y pactados con el **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA**

6. Abstenerse de monitorear apropiadamente la implementación del proyecto, de informar sobre violaciones de especificaciones del contrato y otras formas de incumplimiento, o de hacer plenamente responsable al contratista de sus obligaciones legales.

7. Evadir impuestos, derechos, licencias o cualquier otra obligación legal que se debería satisfacer.

8. Inducir a un funcionario a quebrantar sus deberes oficiales de cualquiera otra manera.

Dentro de este marco, los firmantes adquieren los siguientes compromisos, en todo de acuerdo con las leyes colombianas:

1. El contratista participante y **EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA** asignan importancia a la presentación de propuestas en un entorno libre, imparcial, competitivo y no sujeto a abuso.

   A los oferentes les complace confirmar que:

   a) No han ofrecido o concedido, ni han intentado ofrecer o conceder y no ofrecerán ni concederán, ni directa ni indirectamente mediante agentes o terceros, ninguna inducción o recompensa impropias a ningún funcionario o asesor del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA**, sus parientes o socios de negocios, con el fin de obtener o retener este contrato u otra ventaja impropia, y

   b) No han coludido y no coludirán con otros con el fin de limitar indebidamente la competencia para este contrato. El contratista comprende la importancia material de estos compromisos para **EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA**.

Por su parte los FUNCIONARIOS O ASESORES DEL **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA,** también confirman que no han pedido ni aceptado, ni pedirán ni aceptarán, de manera directa o a través de terceros, ningún pago u otro favor por parte del contratista participante a cambio de favorecerlos en la obtención o retención del contrato.

2. El contratista desarrollará sus actividades en el marco de principios éticos de comportamiento y se comprometen a tomar las medidas necesarias a fin de que este compromiso de "No" Soborno sea acatado por todos sus gerentes y empleados, así como por todos los terceros que trabajan con esta compañía en este proyecto, incluyendo agentes, consultores y subcontratistas.

3. Este compromiso se presenta en nombre de los oferentes participantes.

4. Con respecto a la presentación de las propuestas, los oferentes participantes se comprometen a estructurar una propuesta seria, con información fidedigna y con una oferta económica ajustada a la realidad que asegure la posibilidad de prestar el servicio en las condiciones de calidad y oportunidad exigidas en el proceso.

5. Para efectos de salvaguardar el contenido del Pacto de Integridad del presente proceso frente a eventuales incumplimientos de los compromisos de carácter ético adquiridos por los funcionarios y por los participantes, se pronunciará un árbitro denominado "Defensor para la Transparencia", cuyos fallos serán en equidad al amparo de lo dispuesto en la Ley 446 de 1998.

De las materias relacionadas anteriormente conocerá el árbitro por solicitud del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**, del Programa Presidencial de Lucha contra la Corrupción, o por manifestación de alguna de los participantes.

Dicho árbitro deberá tener las mismas calidades que dispone la Constitución Nacional, para ser Magistrado de la Corte Constitucional o la Corte Suprema de Justicia y será seleccionado de la lista de árbitros de la Cámara de Comercio de Bogotá, mediante el sistema de sorteo púbiico.

6. Si un participante incumple su compromiso de no soborno y de dicho acto ha sido declarado culpable por parte del árbitro se generarán además de los procesos contemplados en la legislación colombiana u otra legislación que cobije el proceso de contratación, los siguientes efectos jurídicos:

   a) Si el participante que hubiere incumplido fuere el adjudicatario del proceso, cualquiera de las partes del presente documento podrá solicitar ante el juez competente la nulidad absoluta del contrato con fundamento en que el mismo adolece de una causa lícita.

   b) El contrato estatal terminará por causa imputable al contratista. El participante que hubiere incumplido los compromisos de no soborno derivados del presente documento se obliga incondicional e irrevocablemente a aceptar la terminación del contrato por causa imputable al mismo, en el momento en que el árbitro declare el incumplimiento de los compromisos referidos, y a asumir las consecuencias contractuales que se deriven de tal terminación.

   c) Una pena económica equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato a título de estimación anticipada de perjuicios a favor de los demás proponentes que participaron en el proceso de contratación y que no hubieran incumplido los compromisos consignados en el presente documento. Si hubiere más de un proponente el valor referido se repartirá en partes iguales entre dichos proponentes.

d) Abstenerse de participar en procesos de contratación de cualquier naturaleza de entidades públicas de la República de Colombia, que se lleven a cabo durante un periodo de cinco (5) años.

Para asegurar la efectividad de las disposiciones precedentes, el presente acuerdo se entenderá incluido dentro de las cláusulas del contrato que vaya a ser suscrito con el participante favorecido, como una causal de terminación anticipada del contrato por causa imputable al contratista, derivada del fallo del árbitro en la cual se comprueben faltas graves a los compromisos contenidos en el presente Pacto.

El efecto jurídico señalado en los subnumerales a) y b) de este numeral será aplicable solamente al proponente adjudicatario. Los efectos jurídicos previstos, en los subnumerales c) y d) aplicarán al proponente adjudicatario o al cualquiera de los proponentes.

7. Adicionalmente, todos los jefes del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA**, se obligarán a realizar todas y cada una de las gestiones y actuaciones necesarias para que las entidades competentes impulsen y desarrollen las investigaciones correspondientes con ocasión de las conductas de los funcionarios de la entidad contratante o de los asesores externos de la misma que pudieren haber infringido el presente Pacto y cualquier ley aplicable.

8. En caso de presentarse un incumplimiento probado del compromiso de no soborno de acuerdo con lo establecido en el numeral 8 de este Pacto, el **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA** podrá excluir a futuro a aquel infractor para la elegibilidad de contratos en procesos de contratación directa.

9. El contratista declarará públicamente que conoce y acepta las condiciones de participación establecidas en los documentos del proceso de contratación y en las modificaciones que se han hecho a los mismos hasta la fecha de cierre del proceso de contratación, en términos de su transparencia y equidad. En este marco, se comprometen a no utilizar, en la etapa de evaluación de las propuestas, argumentos sobre efectos de buscar la descalificación de sus competidores.

10. EL **DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA** acepta que durante la evaluación de las propuestas prime el criterio de respetar los aspectos de fondo por encima de los de forma, buscando siempre favorecer la libre competencia y la participación del mayor número posible de propuestas dentro del proceso de contratación.
11. Adicionalmente, el Gobierno Nacional ha establecido el Programa Presidencial de Lucha contra la Corrupción con la facultad de servir de canal para la tramitación de cualquier investigación sobre cualquier forma de extorsión o soborno en la contratación pública. El contratista participante denunciará ante este Programa cualquier información sobre manejos irregulares sobre los que tengan conocimiento en lo referente al presente proceso de contratación.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA

Para constancia de lo anterior, los **FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA,** firman el presente documento en Tolemaida., en el mes de Mayo del año dos mil veintiséis (2026).

FUNCIONARIOS Y ASESORES DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA.

Mayor WILMER MANUEL RICO ALBARRACIN
Subdirector Administrativo y Financiero DMTOL

NOTIFICADOS:

GERENTE DE PROYECTO:

NOMBRE	FIRMA
TC. RUBY SNEYDER LOPEZ ORJUELA Directora dispensario médico de Tolemaida.	

COMITÉ ESTRUCTURADOR CONTRATOS:

NOMBRE	FIRMA
PS. NANCY ROCIO GONZALEZ CASTRO **Jurídica Contratos DMTOL**	

COMITÉ TÉCNICO ESTRUCTURADOR

NOMBRE	FIRMA
SP. EDER YAMIR ALOMIA ARBOLEDA **Coordinador médico y/o Supervisor contrato o quien haga sus veces del Bisum**	

OFERENTE:

NOMBRE	FIRMA
PS. CARLOS ALBERTO SANCHEZ DUARTE **Médico General Bisum**	

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 21:14:21 horas del 05/05/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1095791281,** Apellidos y Nombres **SANCHEZ DUARTE CARLOS ALBERTO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **DISAM**, con NIT **901540973-1** 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

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1095791281 **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 07/05/2026 03:38 PM

Código Verificación: **3ABD5ZYVSK**

Válida hasta: **05/08/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC