MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAINÍA
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAINÍA

DOCUMENTACION REQUERIDA PARA CONTRATACION DE SERVICIOS
(Favor allegar el número de fotocopias del mismo documento que sean requeridas)

CONTRATISTA	
PROFESION	**MEDICO GENERAL GENERAL**

1	Propuesta o carta de ofrecimientos de los servicios	
2	Propuesta o carta de confidencialidad profesional	
3	Propuesta o carta estudio de seguridad	
4	Formato de información a terceros	
5	Diligenciar Hoja de vida en el formato de función pública. (En el aplicativo SIGEP). (Imprimir-firmar-anexar).	
6	Diligenciar formato de declaración de bienes y rentas (a partir de 1 de enero de 2012 debe ser diligenciada en el aplicativo SIGEP). (Imprimir-firmar-anexar).	
7	Documentos que acrediten la formación académica **(DIPLOMAS Y ACTAS DE GRADO).**	
8	Certificación que acredite la experiencia laboral, que contenga la siguiente información: indicación de la empresa o entidad que expide la certificación, fecha, objeto del contrato, valor, tiempo y funciones o cargo que desempeñaba.	
9	Fotocopia legible de la cédula de ciudadanía ampliada 150.	
10	Fotocopia de la tarjeta militar (menores de 50 años hombres).	**NO APLICA**
11	Fotocopia tarjeta profesional. Si es el caso	
12	Certificado del tribunal de ética Médica (Ley 23 de 1981, reglamentado por el decreto 3380 de 1981)	
13	Fotografía fondo blanco, tamaño postal pegado en una hoja tamaño carta.	
14	Compromiso de afiliación a entidad promotora de salud, fondo de pensiones y administradora de riesgos laborales	
15	Certificado examen Pre-ocupacional (art.18 del Decreto 723 de 2013).	
16	Esquema de vacunación para personal Administrativo hepatitis B, tétanos y fiebre amarilla.	**NO APLICA**
17	Esquema de vacunación para personal Asistencial tétanos, influenza, varicela, hepatitis A y B, Triple viral (Rubeola, Parotiditis y Sarampión y fiebre amarilla	
18	Certificado **ANTECEDENTES JUDICIALES** expedido por la policía nacional vigente.	
19	Certificado vigente **ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** expedido por la procuraduría general de la nación.	
20	**PAZ Y SALVO** contraloría General de la república.	
21	Certificado vigente del registro único tributario **(RUT)** expedido por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales **DIAN.**	
22	Certificación sobre una cuenta **BANCARIA.** No menor a 30 días	
23	Certificación de **TÍTULO ORIGINAL**	
24	Certificado curso de reanimación cardiopulmonar (Médicos, enfermeras y auxiliar de enfermería)	
25	Curso Atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia Sexual (Auxiliares de enfermería, enfermería profesional, médicos Generales y Especialistas, trabajo social y psicólogos. (Resolución 0456 de 2012).	
26	Certificado Curso Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo **SG-SST** (50 horas). Se establece en cumplimiento a lo establecido en el artículo 8 de la Resolución No 0312 de 2019.	
27	Curso de integridad, transparencia y lucha contra la corrupción	
28	Certificado de inhabilidades e imcopatibilidades firmado	
29	Certificado de delitos sexuales cometidos con menor de 18 años	

30	Registro único Nacional de Talento Humano en Salud (RETHUS) (ley 1164 de 2007) y la inscripción en la secretaria de salud	
31	Certificado unidad de valor tributario UVT	
32	Registro de deudores alimentarios morosos REDAM	
33	Pantallazo usuario SECOP II	

ANDREA CAROLINA DIAZGRANADOS HINCAPIE
Contratista

DAISY MILENA CALDERON TORRES
Psicóloga

AS-28 ERIKA PAOLA GONZALEZ AGAPITO
Responsable Talento Humano

Inírida, 15 de mayo del 2026

Teniente
LISBETH CAROLINA JUSTCARO CHONA
Jefe Unidad Prestador de Salud Guainía
Inírida

Respetada, teniente

Con el presente me permito ofrecer a la Policía Nacional – Dirección de Sanidad, mis **LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO MEDICO GENERAL PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS, APOYO Y/O SEGUIMIENTO A LAS RUTAS DE ATENCIÓN INTEGRAL Y APOYO ADMINISTRATIVO PARA LABORAR EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAINÍA,** para el efecto me acogeré a los honorarios establecidos por la entidad.

Así mismo me permito manifestar bajo la gravedad de juramento que no me encuentro en curso en ninguna inhabilidad e incompatibilidad previstas en la constitución en los Artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, ni relacionada con el boletín de responsables fiscales de la Contraloría General de la República, con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en el Artículo 60 de la Ley 610 de 2000.

Para los anteriores fines me permito manifestar que mi hoja de vida reposa en esa entidad.

Cordialmente

Atentamente,

FIRMA Andrea Diazgranados

NOMBRE Andrea Carolina Diazgranados Hincapie

CEDULA 1034451155

Inírida, 15 de mayo del 2026

Teniente
LISBETH CAROLINA JUSTCARO CHONA
Jefe Unidad Prestador de Salud Guainía
Inírida

Yo **ANDREA CAROLINA DIAZGRANADOS HINCAPIE,** identificado con la cedula de ciudadanía número **C.C 1.084.451.155 de (Magdalena - Santa Marta),** me comprometo a mantener la confidencialidad con relación a no discutir y divulgar problemas de pacientes a terceros ni informar sobre procedimientos, diagnósticos reservados y documentación alguna realizada u obtenida en la institución.

Si existe la posibilidad de conocer un caso en el cual pueda tener algún conflicto de interés o contravenir del Código de Ética de la Salud, notificare de inmediato de este hecho y me abstendré de conocer el proceso.

Si por algún motivo faltase a cualquiera de mis compromisos acepto mi responsabilidad para cada uno de mis actos y sus posibles consecuencias.

FIRMA Andrea Diazgranados

NOMBRE Andrea Carolina Diazgranados Hincapie

CEDULA 1084451155

Inírida, 15 de mayo del 2026

Teniente
LISBETH CAROLINA JUSTCARO CHONA
Jefe Unidad Prestador de Salud Guainía
Inírida

Yo **ANDREA CAROLINA DIAZGRANADOS HINCAPIE,** identificado con la cedula de ciudadanía número **C.C 1.084.451.155 de (Magdalena - Santa Marta),** me acojo al resultado que arroje el estudio de seguridad que actualmente me realiza el organismo de inteligencia del Departamento de Policía Guainía, en el evento que el resultado del mismo genere la cancelación del contrato que se llegue a suscribir con **EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAINÍA** y cuyo objeto es la prestación de servicios como **PROFESIONAL EN MEDICINA GENERAL.**

Si existe la posibilidad de conocer un caso en el cual pueda tener algún conflicto de interés o contravenir del Código de Ética de la Salud, notificare de inmediato de este hecho y me abstendré de conocer el proceso.

FIRMA Andrea. Dzdos Hncapie

NOMBRE Andrea c Diazgranados Hincapie

CEDULA 1084451155

Inírida, 15 de mayo del 2026

Teniente
LISBETH CAROLINA JUSTCARO CHONA
Jefe Unidad Prestador de Salud Guainía
Inírida

Yo, **ANDREA CAROLINA DIAZGRANADOS HINCAPIE,** identificado con la cedula de ciudadanía número **C.C 1.084.451.155 de (Magdalena - Santa Marta),** me comprometo a realizar la afiliación a una administradora de salud, cuando se encuentre culminado el proceso de contratación.

Cordialmente,

FIRMA Andrea C Diazgranados H

NOMBRE Andrea Carolina Diazgranados Hincapie

CEDULA 1084451155

Inírida, 15 de mayo del 2026

POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE INTELIGENCIA POLICIAL
COMPONENTE BIOGRÁFICO PARA ESTUDIO DE CONFIABILIDAD A PERSONA NATURAL

Fotografía 3 x4

El presente documento debe ser diligenciado en su totalidad por el aspirante sin omitir información, por lo cual se hace necesario que las respuestas sean claras, detalladas, puntuales, y especificas.

Cualquier inexactitud en los datos suministrados ocasionará la anulación en el proceso de selección.

CIUDAD Y FECHA	Inirida, Guainia 5/5/26

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Primer Apellido	Segundo Apellido
Diazgranados	Hincapie

Nombres Completos	Andrea Carolina

Cédula de Ciudadanía No.	Estado civil	Edad	Teléfono fijo	Teléfono celular
1084461155	Soltera	25		3232207591

Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento			Licencias de conducción	
	Día:	Mes:	Año:	SI X No.	Categoría
Santa Marta	06	09	2000		B1

Email: Medicinaandrea2906@gmail.com	Vehículo No:	

II. INFORMACION ACADEMICA

BACHILLERATO	Nombre del Establecimiento						
	Colegio de la Presentación						
Ciudad		Departamento		Modalidad		Año	
Inirida			Magdalena		Presencial		2017

ESTUDIOS PROFESIONALES, TECNOLÓGICOS O TÉCNICOS

Carrera	Fecha			Ciudad	Plantel Educativo	Título Obtenido
	Inicio	Termino	Graduado			
Medicina	2017	2024	SI X NO__	StaMta	U. cooperativa	Medico General
			SI__ NO__			
			SI__ NO__			

Otros Estudios y Cursos Realizados	Ciudad	Titulo obtenido	Fecha de Inicio	Fecha de termino	Graduado	Plantel Educativo
					SI__ NO__	
					SI__ NO__	
					SI__ NO__	

III. INFORMACIÓN ECONÓMICA

<table>
<tr><td rowspan="7">CRÉDITOS

SI ____ NO_X_</td><td>No. de cuotas</td><td></td><td colspan="2" rowspan="2">Otros ingresos: $
Por concepto:</td></tr>
<tr><td>Valor Cuota</td><td></td></tr>
<tr><td>Finaliza</td><td></td><td>Entidad financiera</td><td></td></tr>
<tr><td>No. de cuotas</td><td colspan="2"></td><td colspan="2" rowspan="2">Otros ingresos: $
Por concepto:</td></tr>
<tr><td>Valor Cuota</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>Finaliza</td><td></td><td>Entidad financiera</td><td></td></tr>
</table>

Tarjetas de Crédito: SI_____ NO X

Entidad	Numero	Cuota Mensual	Cupo Total

PROPIEDADES	Dirección	Ciudad	No. Escritura	Valor
Apartamento				
Casa (s)				
Finca				
Otros Bienes				

Vehículo o Motocicleta	Marca	Año modelo	Placa	Valor
	Kia	2016	HAL 556	80.000.000

4. INFORMACIÓN LABORAL

Fecha de ingreso a la empresa	Agosto 2024				
Ciudad donde labora	Inirida	Cargo	Medico General	Tiempo en el cargo	
Nombre del Jefe Inmediato:	Andres Santiago Orjuela Acuña				
Dirección de la empresa:	Cra 9 N 16-14 Inirida				

DONDE HA LABORADO DURANTE LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

Año	Entidad	Cargo	Nombre completo del Jefe Inmediato	Teléfono o celular
2024	Ese Renacer inirida	Medico General Rural	Andres Santiago Orjuela Acuña	304 426 3418
2026	Ese Renacer inirida	Medico General	Andres Santiago Orjuela Acuña	3044263418

5. INFORMACIÓN FAMILIAR			
	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	No. Documento	Edad
Padres	Alicia ines Hincapie Boyo	36665999	50
Hermanos	Juan Dauido Diazgranados Hincapie	1054450428	22
Cónyuge			
Hijos			

Si es separado (a) o ha tenido hijos con personas con las que ya no convive diligencie :

Apellidos y nombres	No. Identificación	Ocupación	Ciudad	Tiempo de la Separación

En caso de que alguno de sus familiares este fallecido especificar la causa:
Parentesco Padre Día 30 Mes 05 Año 2021 Ciudad Bta Motivo Covid-19
Parentesco _____ Día____ Mes ____ Año ____ Ciudad_____ Motivo_____

Tiene familiares en la Policía Nacional: Si_____ NO__X__

Gr	Servicio		Apellidos Nombres	Cedula	Parentesco	Unidad
	A	R				

Tiene usted algún familiar que tenga o halla tenido antecedentes penales o contravencionales : SI _____ No__X__
Parentesco _____ Nombre _____Año _____ Ciudad _____
Delito_____

6. INFORMATIVOS , CAUSAS PENALES, SUSPENSIONES Y EMBARGOS CONTRA LA PERSONA OBJETO DE ESTUDIO

Autorizo de manera expresa y voluntaria, a la Dirección de Inteligencia Policial realizar el tratamiento de mis datos personales, con la finalidad de ser tratados, consultados y verificados, en virtud del estudio de confiabilidad.

SI	***NO***
X	

Los principios sobre protección de datos serán aplicables a todas las bases de datos, incluidas las excepciones y sin reñir con los datos que tienen características de estar amparados por la reserva legal. En el evento que la normatividad especial que regule las bases de datos exceptuadas prevea principios que tengan en consideración la naturaleza especial de datos, los mismos aplicarán de manera concurrente.

Cabe señalar que, los servidores públicos de los organismos que desarrollen actividades de inteligencia y contrainteligencia, los funcionarios que adelanten actividades de control, supervisión y revisión de documentos o bases de datos de inteligencia y contrainteligencia, y los receptores de productos de inteligencia, se encuentran obligados a suscribir acta de compromiso de reserva en relación con la información de que tengan conocimiento. Quienes indebidamente divulguen, entreguen, filtren, comercialicen, empleen o permitan que alguien emplee la información o documentos reservados, incurrirán en causal de mala conducta, sin perjuicio de las acciones penales a que haya lugar.

Fundamento Legales: Ley Estatutaria 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES , CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO SON VERACES (ART, 5 LEY 190/95).

HUELLA
ÍNDICE DERECHO



Andrea C. Diagrandos Hurtado

FIRMA Y POST FIRMA DEL EVALUADO

Nota: la información suministrada es de exclusivo manejo de uso institucional

GUÍA DE DILIGENCIAMIENTO

la información requerida en el formato de componente biográfico para estudio de confiabilidad deberá ser diligenciada con lapicero de tinta negra con letra legible o de manera virtual.

Encabezado: se describirá la información de la unidad responsable de realizar el estudio de confiabilidad.
Fotografía: se anexará la fotografía de la persona objeto de estudio tamaño 3x4.
Ciudad y fecha: se registrará el lugar y fecha de diligenciamiento del formato.
1. Datos de identificación: los siguientes campos serán de obligatorio diligenciamiento por parte de la persona objeto de estudio de forma clara y sin enmendaduras:

- ✔Nombres y apellidos completos
- ✔Cédula de ciudadanía
- ✔Estado civil
- ✔Edad
- ✔Teléfono fijo o celular
- ✔Lugar de nacimiento y fecha
- ✔Licencia de conducción
- ✔Dirección de residencia, barrio, estrato y ciudad

2. Información académica: se deberá registrar la información relacionada con los estudios realizados en la secundaria, profesionales, tecnológicos o técnicos.
3. Información económica: el titular deberá relacionar el salario devengado en la actualidad y los descuentos por préstamos realizados con entidades financieras; así mismo, registrará los bienes de propiedad.
4. Información laboral: se plasmará la información laboral de la persona objeto de estudio, indicando las unidades o entidades en las cuales se desempeñó.
5. Información familiar: la persona objeto de estudio **diligenciará en su totalidad** los campos aplicables (nombres y apellidos completos, identificación, edad y abonado telefónico) de su núcleo familiar (padres, hermanos, cónyuge e hijos) de forma clara y sin enmendaduras.
De igual manera, informará si ha tenido hijos fuera de la relación actual o algún familiar ha presentado muerte violenta, especificando su causa. Además, deberá indicar si algún miembro de la familia labora en la Policía Nacional.
6. Informativos, causas penales, suspensiones y embargos contra la persona objeto de estudio: se deberá informar si registra algún proceso penal o disciplinario. Además, de manera voluntaria autorizará a la Dirección de Inteligencia Policial para el tratamiento de la información suministrada.
Huella: Colocar la huella dactilar del índice derecho de la persona objeto de estudio de forma legible.
Firma y post firma del evaluado: relacionar los nombres y apellidos de forma clara, registrando la firma del titular que certifique la veracidad de la información diligenciada en el formato.

Nota: *en cualquier caso que la información solicitada no se encuentre diligenciada en su totalidad, no se adelantara el estudio de confiabilidad correspondiente.*

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL

DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAINÍA

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD Inirida Guainía **FECHA** 5/5/2026

Me permito certificar la siguiente información con el objeto de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF.

APERTURA _____ CANCELACIÓN_____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario: Andrea Diazgradus NIT _____

_____ Y/O C.C. 1084451155

Dirección Cll 17 #12 Teléfono: 3232207591 Fax_____

Departamento Guainía Ciudad Inirida Municipio _____

Denominación de la cuenta **Corriente** _____

Ahorros X

Teniendo en cuenta que la Tesorería informará al proveedor sobre la realización del pago, indicando el día del giro, concepto y cuenta del beneficiario, para que éste verifique el abono en la respectiva cuenta y confirme a la Entidad, el contratista deberá manifestar si está información la recibirá por correo electrónico, para lo cual tendrá en cuenta lo siguiente:

1. Si es a través de correo electrónico el contratista verificará que los recursos fueron recibidos y dará respuesta al correo electrónico de la Tesorería de la Entidad dentro del siguiente día hábil.

CORREO ELECTRÓNICO: Medicinaandrea2906@gmail.com SI (X)

TELÉFONO: 3232207591. SI (___)

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera Banco colombia Código _____

Sucursal Sta Marta Código_____Ciudad_____

Dirección _____Teléfono 3232207591. Fax_____

Número de la cuenta 517528718837
(Adjuntar certificación bancaria)

_____
NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

Página 1 de 2	DIRECCIONAMIENTO TECNOLOGICO	
Código: 1DT-FR-0016		
Fecha: 28-12-2017	DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACION CONTRATISTAS O TERCEROS	POLICÍA NACIONAL
Versión: 3		

La Policía Nacional considerando que usted ofrece condiciones personales y profesionales para acceder a la información que se administra en la Institución, teniendo en cuenta la misión de la Policía Nacional y que este implica manejar información de diferentes niveles de clasificación, requiere que en correspondencia con el voto de confianza otorgado con la posibilidad de acceso a la información de la Policía Nacional usted suscriba el siguiente compromiso.

Yo, Andrea Diograndos Hincapie Identificado con la cedula de ciudadanía No. 1088451155 con domicilio en Invida Guainia, de la empresa_____ , cargo Medico general, en adelante denominado EL CONTRATISTA O TERCERO, *bajo el contrato* _____*convenio* _____ *acuerdo*_____ No._____ del _____, me comprometo a cumplir cabalmente los compromisos y demás directrices del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.

Así mismo declaro que:

Reconozco que la información es un activo sobre el cual se sustentan los objetivos estratégicos de la Institución y que es mi responsabilidad conocer las políticas de seguridad de la información, adoptarlas, cumplirlas, hacerlas respetar e informar cualquier incidente que se presente con el uso y manipulación de la misma al Jefe de la Oficina de Telemática de la unidad donde se preste el servicio, o a quien realice las funciones de telemática, el cual reportará el incidente al CSIRT *"Computer Security Incident Response Team"*.

Esta declaración comienza *con* la firma del contrato o convenio o acuerdo y permanecerá vigente mientras subsista el objeto que *dio inició al mismo, manteniéndose inclusive durante las prórrogas sin necesidad de firmar una nueva declaración de* confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información.

Así mismo, si el contrato, convenio u acuerdo inicial termina y se inicia después un nuevo contrato, convenio u acuerdo pero con el mismo objeto del contrato, convenio u acuerdo anterior, esta declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información tomará vigencia sin necesidad de firmar uno nuevo.

CONFIDENCIALIDAD

- EL CONTRATISTA O TERCERO se obliga en forma directa e irrevocable ante la POLICÍA NACIONAL a no revelar, divulgar o facilitar, bajo cualquier forma, a ninguna persona natural o jurídica, sea esta pública o privada, y a no utilizar para su propio beneficio o para beneficio de terceros, la información relacionada con el ejercicio de sus funciones en la Policía Nacional, así como también las políticas y/o cualquier otra información vinculada con sus funciones.

- EL CONTRATISTA O TERCERO asume la obligación de mantener la confidencialidad acordada en la presente declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información por el tiempo que dure vigente la relación laboral y por un plazo adicional de 2 años contados a partir de la extinción del vínculo contractual y/o acuerdo y/o convenio.

- La violación o el incumplimiento de la declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información. *por parte* EL CONTRATISTA O TERCERO, *generará las acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a* que haya lugar.

- Si una orden judicial obligara al EL CONTRATISTA O TERCERO a divulgar información confidencial, este se compromete a dar aviso previo a la POLICIA NACIONAL de modo que la POLICIA NACIONAL pueda impugnar la solicitud o procurar una orden judicial que lo proteja.

- El CONTRATISTA O TERCERO reconoce que esta información tiene un valor intangible, que no es generalmente dado a conocer al público o a terceros que podrían usarla en contra de la POLICÍA NACIONAL, de sus integrantes, de los habitantes de Colombia o del mismo Estado y que la información está sujeta a un esfuerzo razonable de la POLICÍA

NACIONAL para mantener su reserva y confidencialidad. Así mismo, EL CONTRATISTA O TERCERO no hará ninguna duplicación o copia del material confidencial.

- El CONTRATISTA O TERCERO devolverá inmediatamente todo material confidencial que se le haya entregado o asignado cuando así lo requiera o solicite la POLICÍA NACIONAL.

- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a no utilizar información o material confidencial una vez finalizada la relación contractual o laboral.

- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a guardar completa confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por su condición laboral o actividades que desempeñe, así mismo a no extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la Policía Nacional o de sus funcionarios.

RESERVA DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y/O CONVENIO Y/O ACUERDO.

El CONTRATISTA reconoce que todos los trabajos llevados a cabo en LA POLICÍA NACIONAL, son sujetos a la dirección y control por parte de la Institución Policial y constituyen una función contratada de conformidad a lo establecido en el régimen jurídico vigente aplicable a los CONTRATISTAS.

El CONTRATISTA o TERCERO informará a la POLICÍA NACIONAL cualquier descubrimiento, invento o creación que haya hecho, considerándose esto como parte del material confidencial, los cuales corresponderán a actividades propias desarrolladas con ocasión a la ejecución del objeto contratado, convenido o acordado y serán de propiedad de la POLICÍA NACIONAL.

ME COMPROMETO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN, toda vez que:

- He leído, comprendido, e interiorizado las políticas de seguridad de la información que se encuentran en el 1DT-MA- 0001 Manual del Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información vigente para la Policía Nacional y es mi deber conocer la última versión que exista del mencionado documento. Conozco mis deberes y derechos con respecto a la seguridad de la información.
- Entiendo que el incumplimiento de las políticas de seguridad de la información, ya sea en forma intencional, negligente o con violación al deber objetivo de cuidado, implican acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.
- Comprendo que dado el caso que se cause un daño a la Policía Nacional, como consecuencia de la inobservancia al deber objetivo de cuidado, la Policía Nacional podrá adelantar las acciones penales, civiles o contenciosas administrativas, en aras de buscar el resarcimiento de los daños y perjuicios que se llegaren a causar.

Suscribo este compromiso en Inírida, Guaviare a los _____ (__) días del mes de Mayo del año 20 26.

EL CONTRATISTA O TERCERO

Firma: Andrea Dayana Arango
Post-Firma:
Identificación 1084451155.
Empresa:
Cargo: Aseo general

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
DIAZGRANADOS	HINCAPIE	ANDREA CAROLINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No 1084451155	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 06 MES 09 AÑO 2000	CALLE 12 # 13-28 GAIRA			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO	42249191	EMAIL	DIAZGRANADOS2906@GMAIL.COM

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		EDUCACION MEDIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2017

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		MEDICINA	05	2024	

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	
ITALIANO		X				X		X	

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO GUAINÍA	*MUNICIPIO* INÍRIDA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3232207591	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	09	*Año*	2025	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL URGENCIAS HOSPITAL						*DIRECCIÓN* CALLE 16 9 14					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO GUAINÍA	*MUNICIPIO* INÍRIDA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	08	*Año*	2024	*Día*	01	*Mes*	08	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO SE SERVICIO SOCIAL OBLI	*DEPENDENCIA* "URGENCIAS"						*DIRECCIÓN* CALLE 19 16 null 14					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD LITOPRADO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3232207591	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	06	*Año* 2024	*Día*	30	*Mes*	07	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE DE MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* ESPECIALIZACION EN UROLOGIA					*DIRECCIÓN* CALLE 26B 5 54						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
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 X 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 Inundación Quanía 5/05/2026

Andrea C Arguindos Ancapié

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2025-12-22 15:16

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANDREA	CAROLINA	DIAZGRANADOS	HINCAPIE

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1084451155

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	GUAINÍA	Municipio	INÍRIDA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	GUAINÍA	Municipio	INÍRIDA

Dirección	[" CALLE 9 - 16 14 Avenida los Fundadores"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$45.886.360,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$45.886.360,00

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	$4.466.643,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
VEHICULO	COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA	$65.000.000,00
INMUEBLE	COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA	$37.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
TARJETA DE CREDITO	$2.500.000,00

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

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

La República de Colombia
y en su nombre, el

Colegio de La Presentación

Santa Marta, D.T.C.H.

Con Reconocimiento Oficial, según Resolución No. 1690 del 23 de noviembre de 2011, emanado de la Secretaría de Educación Distrital,

Confiere a:

Andrea Carolina Diazgranados Hincapié

Identificada con T.I. No. 1.084.451.155 de Santa Marta

El Título de

Bachiller Académico
con profundización en Humanidades

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes del Proyecto Educativo Institucional.

Rectora

ISO 9001 icontec SC 5033-1

IQNet

Secretaria General

Dado en Santa Marta, D.T.H.C., el día 07 de Diciembre de 2017 .

No requiere registro, según Decreto No.921 del 06 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

PremiAr

Colegio de La Presentación

Carrera 3 No. 23-62 Barrio El Prado
Teléfonos: 4232558 - 4214804
Santa Marta, D.T.C.H.

ISO 9001 SC 5033-1 IQNet

ICFES No. 010389 DANE No. 347001000870

Acta Individual de Graduación

En la ciudad de Santa Marta, a los siete (07) días del mes de Dic. del año , se formalizó la graduación de los estudiantes de undécimo grado del COLEGIO DE LA PRESENTACIÓN, Institución aprobada en el nivel de Educación Media Académica y emanada de la secretaría de Educación Distrital, de Santa Marta, según Resolución No. 1690 del 23 de noviembre de 2011.

Comprobada la situación legal y académica de los educandos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de:

BACHILLER ACADÉMICO

a la graduanda cuyo nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

Andrea Carolina Diazgranados Hincapié

Identificada con T.I. No. 1.084.451.155 de Santa Marta

Es fiel copia tomada del Acta General No. 38 de fecha 07 de Dic. de 2017, en lo pertinente.

Firmada y Sellada

HNA. NUBIA TERESA BARCO JURADO
C.C. 27.582.596
Rectora

HNA. BERTA JULIA MARÍN HENAO
C.C. No. 27.631.866
Secretaria

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

(Premium)

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002,emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

ANDREA CAROLINA DIAZGRANADOS HINCAPIE

con Cédula de Ciudadanía No. 1.084.451.155 de Santa Marta
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

MÉDICA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Santa Marta el día 26 de julio de 2024

Libro de Registros No. 0080420241 Folio No. 025 Registro No. 0248
Refrendado en Santa Marta el día 25 de julio de 2024

Director (a) Sede

Rector (a)

Gloria Patricia Ramos
Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente.

Registros y Diplomas: Julio Atanasio Linero Teran

VIGILADA MINEDUCACION

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002,emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 04-5455-2024

PROGRAMA:	MEDICINA
CODIGO SNIES:	3529
FECHA GRADO:	26 DE JULIO DE 2024
LUGAR:	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS SANTA MARTA

En atención a que ANDREA CAROLINA DIAZGRANADOS HINCAPIE
con Cédula de Ciudadanía No 1.084.451.155 de Santa Marta
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de: MÉDICA.

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico del Campus Santa Marta, mediante acta No 016 en sesión del día 02 de julio de 2024.

Para constancia se citan en este título las autoridades competentes: Rector(a), Director(a) de Campus, Decano(a) Facultad y Secretario(a) General de la Universidad, así:

Rector(a):	MARITZA RONDON RANGEL
Director(a) de Campus:	ADRIANA SANTARELLI FRANCO
Decano(a) Facultad:	SALIN RAMON TOUCHIE MEZA
Secretario (a) General:	GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de Santa Marta el día 26 DE JULIO DE 2024

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente.

VIGILADA MINEDUCACIÓN

68e2e55a-8c80-4679-9783-732aac1f54dd

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Andrea Carolina Diazgranados Hincapie

ha participado y aprobado el curso virtual:

Respuesta rápida a brotes de sarampión y rubéola en las Américas

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 83,33 %

5 de octubre de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=68e2e55a-8c80-4679-9783-732aac1f54dd

654c59a9-292c-46f3-a634-7ee5ac1f1c2e

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Andrea Carolina Diazgranados Hincapie

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

8 de noviembre de 2023

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
Florida International University

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=654c59a9-292c-46f3-a634-7ee5ac1f1c2e

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

G0140046277 - 1084451155

ANDREA CAROLINA DIAZGRANADOS HINCAPIE

CC. 1084451155

CURSO – TALLER

HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios del curso teórico – práctico. Realizado en el mes de junio de 2024 con una intensidad de treinta **(30) horas**.

GRUPO GESCONSEDUCA SAS NIT: 901.823.268-7 matrícula mercantil 890.161 **- GESTION DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD S.A. DE. C.V.** RFC: GEC210614IZA respaldado por la **ENMyH - Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía IPN**

LUIS E. MENDOZA G.
REPRESENTANTE LEGAL GRUPO GESCONSEDUCA SAS

MARIO PAYÁN
GERENTE LATAM GRUPO GESCONSEDUCA SAS

LUIS ENRIQUE MENDOZA ARIAS
REPRESENTANTE LEGAL GESCONS S.A. DE C.V

Dado en Colombia el 10 de junio de 2024
https://www.gesconseduca.com/

CÓDIGO: C192-

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

Andrea carolina Diazgranados Hincapie

Con Identificación:

CURSO - TALLER

ACTUALIZACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios del curso teórico-práctico. Con una intensidad de veinticuatro **(24) horas**. Con fecha de expedición de:

julio 20, 2024, 1:34 am

GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD NIT.: 900.792.444-9 matricula mercantil 611199 - **GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD S.A. DE. C.V.** RFC: GEC210614IZA respaldado por la **ENMyH - Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía IPN**

6GESCON2
MAS INFORMACION
AQUÍ

LUIS EDUARDO MENDOZA GAMARRA
Representante Legal de GESCONS S.A.S

MARIO PAYÁN
Gerente LATAM de GESCONS S.A.S

RAWDY REALES ROIS
Director Científico Gescons S.A.S

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

El Ministerio de Salud y Protección Social junto al
Programa Hilando Vidas y Esperanza de USAID implementado por OIM

CERTIFICAN QUE

ANDREA CAROLINA DIAZGRANADOS HINCAPIE

Cédula de ciudadanía No: 1084451155

PARTICIPÓ Y APROBÓ EL CURSO VIRTUAL

CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD Y REGISTRO PARA LA LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD - RLCPD

Intensidad horaria:
48 horas

Fecha de expedición:
26 de diciembre de 2024

USAID DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

OIM ONU MIGRACIÓN

hilando vidas y esperanza

CÓDIGO: C192-

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

Andrea carolina Diazgranados Hincapie

Con Identificación:

CURSO - TALLER

ACTUALIZACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios del curso teórico-práctico. Con una intensidad de veinticuatro **(24) horas**. Con fecha de expedición de:

julio 20, 2024, 1:34 am

GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD NIT.: 900.792.444-9 matricula mercantil 611199 - **GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD S.A. DE. C.V.** RFC: GEC210614IZA respaldado por la **ENMyH - Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía IPN**

@GESCON2
MAS INFORMACIÓN
AQUÍ

LUIS EDUARDO MENDOZA GAMARRA
Representante Legal de GESCONS S.A.S

MARIO PAYÁN
Gerente LATAM de GESCONS S.A.S

RAWDY REALES ROIS
Director Científico Gescons S.A.S

CERTIMED-YA
NIT: 901766812-1

CERTIFICA QUE:

INDREA CAROLINA DIAZGRANADOS HINCAPIÉ

Identificado(a) con cedula de ciudadania N°1084451155

Asistió al curso de:

MANEJO INTEGRADO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD

Con una intensidad horaria de 45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA EL 10/10/2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL, ESTA CERTIFICACIÓN TIENE VIGENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

Verifique Validez:

LORENA BONILLA
GERENTE
CC1.018.464.584

CERTIMED-YA
CERTIFICACIONES MÉDICAS

FREYNER LEÓN
FREYNER LEÓN
PROFESIONAL EN SALUD
CC 1.069.736.330

) 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CÓDIGO: C-21

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

Andrea carolina Diazgranados Hincapie

Con Identificación:

CURSO – TALLER

SOPORTE VITAL BÁSICO "BASIC LIFE SUPPORT" - B.L.S.

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios, con Instructor A.H.A siguiendo los lineamientos esta blecidos por la **AMERICAN HEART ASSOCIATION 2020**, con una intensidad de veinticuatro **(24) horas**. Este certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de su expedición.

marzo 2, 2024, 5:11 pm

GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD NIT.: 900.792.444-9 matricula mercantil 611199 - **GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD S.A. DE. C.V.** RFC: GEC210614IZA respaldado por la **ENMyH - Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía IPN**

@GESCON2
MAS INFORMACION
AQUÍ

LUIS EDUARDO MENDOZA GAMARRA
Representante Legal de GESCONS S.A.S

MARIO PAYÁN
Gerente LATAM de GESCONS S.A.S

RAWDY REALES ROIS
Director Científico Gescons S.A.S

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

G0140046112 - 1084451155

ANDREA CAROLINA DIAZGRANADOS HINCAPIE

CC. 1.084.451.155

CURSO – TALLER

SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO "BASIC LIFE SUPPORT" – "ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT" BLS – ACLS

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios, con instructor A.H.A siguiendo los lineamientos establecidos por la AMERICAN HEART ASSOCIATION 2020. Realizado en la Ciudad de Barranquilla - Atlántico en el mes de junio de 2024, con una intensidad de cuarenta y ocho **(48) horas**. Este certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de su expedición.

GRUPO GESCONSEDUCA SAS NIT: 901.823.268-7 matrícula mercantil 890.161 - GESTION DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD S.A. DE. C.V. RFC: GEC210614IZA respaldado por la **ENMyH - Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía IPN**

LUIS E. MENDOZA G.
REPRESENTANTE LEGAL GRUPO GESCONSEDUCA SAS

MARIO PAYÁN
GERENTE LATAM GRUPO GESCONSEDUCA SAS

LUIS ENRIQUE MENDOZA ARIAS
REPRESENTANTE LEGAL GESCONS S.A. DE C.V.

Dado en Bogotá D.C el 6 de junio de 2024
www.gesconseduca.com/

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

G0140046281 - 1084451155

ANDREA CAROLINA DIAZGRANADOS HINCAPIE

CC. 1084451155

CURSO – TALLER

PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios del curso teórico – práctico. Realizado en el mes de junio de 2024 con una intensidad de cuarenta **(40) horas**.

GRUPO GESCONSEDUCA SAS NIT: 901.823.268-7 matrícula mercantil 890.161 **– GESTION DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD S.A. DE. C.V.** RFC: GEC210614IZA respaldado por la **ENMyH - Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía IPN**

LUIS E. MENDOZA G.
REPRESENTANTE LEGAL GRUPO GESCONSEDUCA SAS

MARIO PAYÁN
GERENTE LATAM GRUPO GESCONSEDUCA SAS

LUIS ENRIQUE MENDOZA ARIAS
REPRESENTANTE LEGAL GESCONS S.A. DE C.V

Dado en Colombia el 10 de junio de 2024
https://www.gesconseduca.com/

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | suma 5.0 | educa | comunica

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

mediante registro RCO-0002 del Ministerio de Trabajo, que avala
el proceso de formación acorde con la Resolución No. 4927 de 2016

y en su nombre

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Certifica que

Andrea Carolina Diazgranados Hincapie

Identificado(a) con documento de identidad No CC1084451155

Cursó y aprobó satisfactoriamente el:

Curso de Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)

Realizado con una intensidad horaria de 50 horas
luego de cumplir con las actividades programadas y reunir los requisitos que exigen las
normas académicas se firma en Bogotá, Colombia, el 5 de mayo de 2026

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Carlos Iván Heredia Ferreira
Vicepresidente de Promoción y Prevención
Positiva Compañía de Seguros S.A.

cexyRGSSEh

Positiva Prevención

Hacienda

INIRIDA 2 de Mayo de 2026

Señores
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Departamento de Policía Guainía
Unidad Prestadora de Salud
Ciudad

Asunto: Compromiso de entrega de certificaciones y cumplimiento de requisitos

Yo, **ANDREA CAROLINA DÍAZGRANADOS HINCAPIÉ**, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. **1084451155**, y titular del Registro Médico No. **1084451155**, actuando en calidad de Médico General, por medio del presente escrito me permito manifestar formalmente mi compromiso ante esa entidad en los siguientes términos:

Me comprometo a **realizar, finalizar y entregar** de manera oportuna y conforme a la normatividad vigente, los siguientes documentos y certificaciones requeridas:

1. Certificado del curso de **Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)**.
2. Certificado de Experiencia laboral en la ESE RENACER,Donde actualmente laboro.



Así mismo, declaro que la documentación aportada será veraz, auténtica y verificable, y que cumpliré con los plazos establecidos por la institución para su presentación.

El presente compromiso se suscribe de manera libre y voluntaria, para los fines pertinentes ante la **Unidad Prestadora de Salud del Departamento de Policía Guainía**.

Cordialmente,

ANDREA CAROLINA DÍAZGRANADOS HINCAPIÉ
Cédula de Ciudadanía No. 1084451155
Registro Médico No. 1084451155
Médico General
No Telefónico: 3232207591
Direccion de residencia: Cra 12 No 16 - 81 Br libertadores Puerto inirida, Guainia

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Andrea Carolina Diazgranados HIncapie

C.C 1.084.451.155

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 02 de mayo 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 769530113000

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24193 del 20 de Diciembre de 1961, Mineducación
Resolución N° 501 del 7 de Mayo de 1974, Superintendencia Nacional de Cooperativas
Resolución N° 1850 del 31 de Julio de 2002, Ministerio de Educación

NIT: 860029924-7
Vigilada Mineducación

EL DEPARTAMENTO DE ADMISIONES REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO DE LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA CAMPUS SANTA MARTA

CERTIFICA:

ANDREA CAROLINA DIAZGRANADOS HINCAPIE, identificado (a) con documento Nro. 1084451155, expedida en Santa Marta tiene registrado su título de:

Médica

CODIGO SNIES: 3529

ANOTADO EN EL LIBRO: 0080420241, FOLIO: 025, NÚMERO REGISTRO: 0248

NÚMERO DE ACTA INDIVIDUAL DE GRADO: 04-5455-2024

FECHA DE ACTA DE CONSEJO ACADEMICO: 02 de Julio de 2024

FECHA DE GRADO: 26 de Julio de 2024

- El presente documento no tiene validez sin la firma. La información contenida en este certificado es extraída directamente del sistema de información académica.

Este certificado se expide a solicitud del interesado(a)

JULIO ATANASIO LINERO TERAN
JEFE(A) ADMISIONES Y REGISTRO

Proyectó: Ena Jaraba Gutiérrez
Revisó: Julio Linero Terán
correspondencia.san@ucc.edu.co
Vigilada Mineducación

"Este documento fue generado a través del sistema de contenidos y es copia fiel del documento electrónico"
"Para convalidar la información de éste documento, ingrese el número de radicado en el siguiente sitio https://gc.ucc.edu.co:16201/vco/ "

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.084.451.155
DIAZGRANADOS HINCAPIE
APELLIDOS
ANDREA CAROLINA
NOMBRES



FIRMA



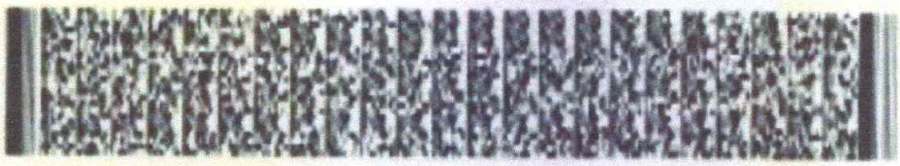
ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-SEP-2000
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

16-OCT-2018 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL



P-2100100-01051340-F-1084451155-20181219 00637S2846A 1 4445182458

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA · Salud · COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ANDREA CAROLINA DIAZGRANADOS HINCAPIE
CC 1084451155



MÉDICO
Universidad Cooperativa De Colombia Santa Marta

GRADO: 26/07/2024
ReTHUS: 13/08/2025

Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la Ley 1164 del 2007, y el Decreto 4192 del 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Médico Colombiano, ubicada en la Carrera 7 # 69-17 (Bogotá D.C., Colombia).
pars@colegiomedicocolombiano.org

Stevenson Marulanda Plata
Representante Legal Colegio Médico Colombiano

QR DIGITAL

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C108445115500319056
Codigo de verificacion

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **ANDREA CAROLINA DIAZGRANADOS HINCAPIE**, identificado(a) con C.C. No. 1084451155 y T.P. o R.M. No. 1084451155 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

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

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el sábado 02 mayo 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente

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

Gobernación de Guainía

Secretaría Departamental de Salud y Seguridad Social

LA SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DEPARTAMENTAL

CERTIFICA:

Conforme a lo establecido en el Artículo 33 de la Ley 1164 de 2007 y las Resoluciones 1058 de 2010 y 2358 de 2014

Fecha de emisión del documento: 04 de AGOSTO de 2025.

Departamento que emite el documento: GOBERNACION DEL GUAINIA - SECRETARIA DE SALUD.

DATOS PERSONALES

Tipo de documento:	Cédula de ciudadanía
Número del documento:	1.084.451.155
Lugar de Expedición:	Santa Marta
Nombres y Apellidos:	ANDREA CAROLINA DIAZGRANADOS HINCAPIE

INFORMACION ACADEMICA

Universidad:	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
Departamento:	Magdalena
Profesión:	MEDICA
Número de Acta de Grado:	No. 04-5455-2024
Fecha de grado:	26 de Julio de 2024
Núm. Título:	Libro de Registros No 0080420241, Folio No 025 y Registro No 0248.

011

Gobernación de Guainía

Secretaría Departamental de Salud y Seguridad Social

Continuación de la Certificación

PRESTACION DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

Que **ANDREA CAROLINA DIAZGRANADOS HINCAPIE**, identificada con la cédula de ciudadanía No 1.084.451.155 de Santa Marta, cumplió con el Servicio Social Obligatorio en la ciudad de Inirida Guainía en la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL INTERCULTURAL RENACER - ESE RENACER - INIRIDA**, durante el periodo de tiempo comprendido del 02 de agosto del 2024 al 01 de agosto de 2025, plaza aprobada mediante la Resolución **No 0641-012 M** del 01 de junio de 2023 por la Secretaria de Salud Departamental, prestando sus servicios como **MEDICA.**

Que dicha Plaza se encuentra registrada en el Ministerio de Salud y Protección Social, código No ***9400100065011-5.***

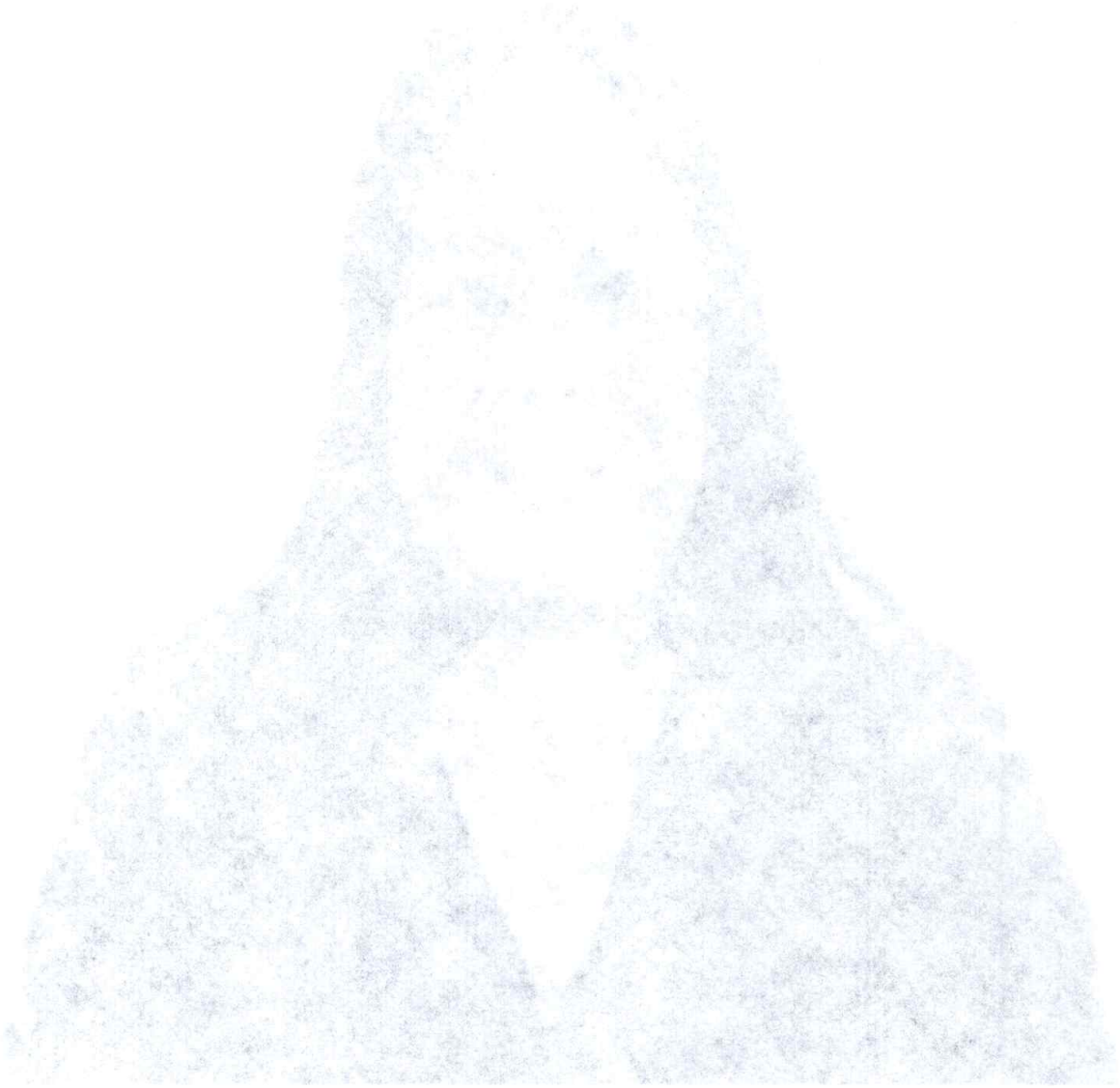
Se expide en Inirida, capital del Departamento del Guainía, a los 04 días del mes de Agosto del 2025. Para trámites del registro del Título ante el Colegio Médico Colombiano.

LUCERO LOPEZ MEDINA
Secretaria de Salud Departamental

Proyectó y Elaboró; Safir Martinez, Auxiliar Administrativo T H

Revisó y Aprobó: Yessenia Arguello, Técnico Administrativo T H





E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

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

CERTIFICA

Que Andrea Carolina Diazgranados Hincapie, identificado(a) con CC número 1084451155, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1084451155
NOMBRES Y APELLIDOS	Andrea Carolina Diazgranados Hincapie
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	06/09/2000
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/01/2017
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	210 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	56 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/09/2025
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1084451155 ANDREA CAROLINA DIAZGRANADOS HINCAPIE Desde 05/01/2026 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 1084451155 ANDREA CAROLINA DIAZGRANADOS HINCAPIE Desde 27/12/2025 Hasta 31/12/2025CEDULA DE CIUDADANIA 1084451155 ANDREA CAROLINA DIAZGRANADOS HINCAPIE Desde 12/09/2025 Hasta 30/11/2025CEDULA DE CIUDADANIA 1084451155 Trabajador Independiente Desde 12/09/2025 Hasta 12/09/2025N.I.T. 901700170 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL Desde 01/08/2025 Hasta 01/08/2025

Generado por interfaces

30/04/2026

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

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

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

CERTIFICA

Que Andrea Carolina Diazgranados Hincapie, identificado(a) con CC número 1084451155, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

Generado por interfaces

30/04/2026

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

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANDREA CAROLINA DIAZGRANADOS HINCAPIE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.084.451.155**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 30 de Abril del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Tu Salud y Seguridad son nuestra Prioridad...

CONSULTORIO MÉDICO Lorena Navarro Comas
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo / Medicina Estética
RM 941241-13 - Licencia Ocupacional 001 - NIT 1052949874-4
Tel. 320 888 1046 - Correo. lopanaco@gmail.com - Dir. Calle 16 # 9 - 26 Local 1



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 12.051

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	08 MES	2025 AÑO	INÍRIDA (GUAINÍA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

PARTICULAR	PARTICULAR
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

DIAZGRANADOS HINCAPIE ANDREA CAROLINA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	24 AÑOS 11 MESES 15 DÍAS	CC	1084451155
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
MEDICO GENERAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES	CONTROL NUTRICIONAL
	MANTENER ERGONOMÍA DE COLUMNA	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MÍNIMO 30 MIN/DÍA
	INGRESAR AL SVE PARA RIESGO VISUAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Lorena Navarro Comas
Lorena Navarro Comas
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Lic. 001 RM 941241
CC 1052949874

Firma:

Nombre: CC: 1052949874 - LORENA NAVARRC

R. M.: 94124213 **L.S.O.:** 001

Código de Seguridad
R511X1D12051

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: DIAZGRANADOS HINCAPIE ANDREA CAROLINA

CC: 1084451155

ANEXO 4 TITULACIONES (HEPATITIS B Y VARICELA)

PASTEUR

Laboratorios Clínicos de Occidente S.A.S.

Apellidos:	**DIAZGRANADOS HINCAPIE**	**Fecha Ingreso:**	**16-02-2022**
Nombres:	**ANDREA CAROLINA**	**Numero Orden:**	**2202160912**
Identificacion:	**1084451155**	**Sede:**	**RODADERO SANTA MARTA**
Edad:	**06-09-2000 - (21 Años) Sexo: F**	**Procedencia:**	**RODADERO**
Medico:	**PASTEUR LABORATORIOS CLINICOS**	**Fecha Impresion:**	**25-02-2022 11:02 PM**

	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
INMUNOLOGIA INFECCIOSA			
VARICELA ZOSTER IGG	270.8	mU/mL	Menor de 150 Positivo Mayor o igual a 150

Para descartar infección reciente se recomienda la valoración de anticuerpos varicela zoster igm. O bien, buscar la seroconversión de anticuerpos varicela zoster igg a los dos semanas, con un incremento de indice dos veces superior como mínimo

Muestra: Suero | Fecha Tomado: 16-02-2022 | Fecha Validacion: 21-02-2022
Metodo: Quimioluminiscencia

VARICELA ZOSTER IGM	0.3	indice	Negativo: Menor de 0.9 Indeterminado: De 0.9 a 1.1 Positivo: Mayor de 1.1

Muestra: Suero | Fecha Tomado: 16-02-2022 | Fecha Validacion: 23-02-2022
Metodo: Quimioluminiscencia

Laboratorio Clínico Martínez

Dra. Daissy Martínez - Dra. Dariana Martínez

Sede principal:
Calle 33 No. 14 – 20 Centro Médico Perla del Caribe
Tel/Fax: 421 0926 – 433 4022 Santa Marta Magdalena
Sede Ciénaga
Calle 16 No. 12 – 02 Tel/Fax: 423 9522 Cel: 300 698 2111

RESULTADOS

Página 1 de 1

Sede	**PRINCIPAL**		Impreso 24 sep. 2020 09:21:28 pm
Id. Paciente	**CC 1084451155 DIAZGRANADOS HINCAPIE ANDREA CAROLINA**	Sexo: F Edad: 20A 0M 18D	**De Recepcion 93995**
Teléfonos	3004808107	Fecha De Recepción	18 sep. 2020 10:56:10 am
Entidad	PARTICULAR 2017	SubEntidad	SIN SUBENTIDAD
Sala	**CONSULTA EXTERNA** Cama	Medico	PARTICULAR MEDICO

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
PRUEBAS ESPECIALES			
HEPATITIS B AC CONTRA AG DE SUPERFICIE			
Hepatitis B Ac Contra Ag de Superficie	2073.0	mU/ml	

VALOR DE REFERENCIA:

Daissy Martínez

Dra. Daissy Martínez Arias
Bacteriologa

CARNET DE VACUNACIÓN

NOMBRE					IDENTIFICACIÓN	
VACUNAS	BIOLÓGICO	DOSIS	FECHA APLICACIÓN DD	MM	AA	LOTE	FIRMA Y SELLO
TITANO Td Dpta		1era					
		2da					
		3era					
		Ref. 1					
		Ref. 2					
HEPATITIS B		1era					
		2da					
		3era					
		Ref. 1					
HEPATITIS A		1era					
		2da					
VARICELA		1era					
		2da					
MENINGITIS B,C		1era					
		2da					
MENINGITIS A,C Y W135		1era					
NEUMOCOCO		1era					
		2da					
TRIPLE VIRAL		1era					
FIEBRE TIFOIDEA		1era					
VPH		1era					
		2da					
		3era					
INFLUENZA	Influenza	1era	16	08	22	Influvac 2022	Nicolás
		Ref					
REFUERZOS		Ref					
		Ref					
HAIB	Tetravalente		19	3	19	AHBB30 DAT	
DPT	DPT		16	08	22	DPT 2022	

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNAS					
DPT POLIO	F.	F.	F.	F.	F.
	Lote	Lote	Lote	Lote	Lote
TRIPLE VIRAL	F.			F.	
	Lote			Lote	
MENINGOCOCO	F.			F.	
	Lote			Lote	
HEPATITIS B	F.	F.	F.	F.	
	Lote	Lote	Lote	Lote	
HEMOPHILUS B ACT. H.B.	F.	F.	F.	F.	
	Lote	Lote	Lote	Lote	
ROTAVIRUX	F.			F.	
	Lote			Lote	
PREVENAR NEUMOCOCO	F.	F.	F.	F.	
	Lote	Lote	Lote	Lote	
VARICELA	F. 26/12/2008			F.	
	Lote 1770FA947A			Lote	
GRIPE INFLUENZA	F.	F.	F.	F.	F.
	Lote	Lote	Lote	Lote	Lote
NEUMOCOCO PNEUMO 23	F.			F.	
	Lote			Lote	
GARDASIL	F.	F.		F.	
	Lote	Lote		Lote	

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Andrea
Apellidos: Diazgranados
Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No
Fecha de Nacimiento: Día Mes Año

Este Carné es
Será exigido para

Conservalo

Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Certificado de Vacunación

Nombres: Andrea Carolina
Apellidos: Diazgranados Hincapie
Documento de Identidad: C.C. T.I. X Pasaporte No. 1084 451 155
Fecha de nacimiento: Día Mes Año

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

Consérvelo

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

La salud es de todos

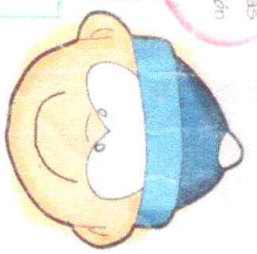
La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Andrea Carolina
Apellidos: Diazgranados Hincapie
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1024457155
Fecha de nacimiento: Día 06 Mes 09 Año 2000

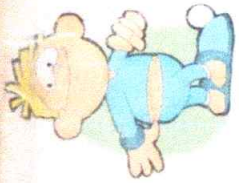
SaludCoop EPS

Inscríbete en los programas de Promoción y Prevención de tu IPS



SaludCoop EPS

CARNET DE VACUNACIÓN



Centro de atención (IPS) _____

Ciudad _____ Fecha _____

Nombre _____

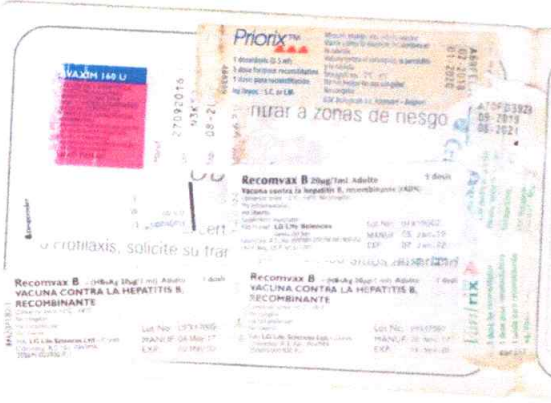
Apellidos _____

Fecha de nacimiento _____

Grupo sanguíneo _____ RH _____

Dirección _____ Tel _____

VIGILE SUS SEÑALES CON ATENCIÓN Y TILDE
PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN



MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Andrea Carolina

Apellidos: Diazgranados Hincapie

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 1084431155

Fecha de Nacimiento: Día 06 Mes 09 Año 2000

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MI Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Andrea Carolina

Apellidos: Diazgranados Hincapie

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 1084431155

Fecha de Nacimiento: Día 06 Mes 09 Año 2000

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	Sep 29 12 M900220	Liliana	
	2			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	3			
	4			
	5			
	1			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola Papera	1			
Toxoide Tétano Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Hepatitis B	1	04-DE-15	U4R1VEDA	Pinedya
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Fiebre Amarilla				
Influenza	3	04-DE-15	U4350AA	Pinedya
Virus de Papiloma Humano				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única	16-01-2012	M0174	Alba Valencia
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: e9e9dfbf-9707-491e-8f86-dfaffe22d333

Nombres y apellidos / Full name

ANDREA CAROLINA DIAZGRANADOS HINCAPIE

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 8 4 4 5 1 1 5 5

Fecha de nacimiento / Date of birth

06/09/2000

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3004808107

Correo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
Hepatitis B Adultos Particular	Refuerzo	4	6	2015		UFX14003	STA MARTA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL MAGD	
Influenza Adultos Particular	Anual	26	7	2018		ui923aa	STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA	mirlandys quintero moreno
TD Adulto	Primera	26	7	2018		221501316A	STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA	mirlandys quintero moreno
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	26	7	2018		ufx17002	STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA	mirlandys quintero moreno
Hepatitis A Adultos Particular	Primera	30	7	2018		N3K52	STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA	luz stella rojas villabona
Triple Viral Particular	Refuerzo	9	8	2018		A69CE718A	STA MARTA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL MAGD	yenifer gonzalez lopez
TD Adulto	Tercera	4	4	2019		221500217C	STA MARTA CENTRO DE SALUD GAIR	EDITH JOHANA NAVARRO PATERNINA
Hepatitis B Adultos Particular	Tercera	23	1	2020		UFX19002	STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA	LAUDITH PATRICIA TRONCOSO VILLANUEVA
TD Adulto	Cuarta	21	9	2020		2338X004AE	STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA	LAUDITH PATRICIA TRONCOSO VILL
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	21	9	2020		V50220006	STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA	LAUDITH PATRICIA TRONCOSO VILL
COVID PFIZER	Primera	13	4	2021	PFIZER	ER9449	PREVENIR 1A S.A.	MARLEIDIS BURGOS GARCIA
COVID PFIZER	Segunda	4	5	2021	PFIZER	ET6924	PREVENIR 1A S.A.	MARLEIDIS BURGOS GARCIA
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	4	12	2021	PFIZER	FH8026	STA MARTA CASALUD IPS	YENISSE YINESKA LEAL LOPEZ
COVID MODERNA	Segundo Refuerzo	5	12	2022	MODERNA SWITZERLAND GMBH	069B22A	STA MARTA CLÍNICA GENERAL DEL NORTE	JEIDY NO TIENE RODRIGUEZ HERNANDEZ

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: e9e9dfbf-8707-491e-8f86-dfaffe22d333

Nombres y apellidos / Full name

ANDREA CAROLINA DIAZGRANADOS HINCAPIE

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 8 4 4 5 1 1 5 5

Fecha de nacimiento / Date of birth

06/09/2000

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3004808107

Correo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
DPTa Acelular Adulto Particular	Única	6	3	2023		C5884CD	STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA	MIRLANDYS MARIA QUINTERO MORENO
Meningococo Tetravalente ACWY Particular	Primera	6	3	2023		U7304AH	STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA	MIRLANDYS MARIA QUINTERO MORENO

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI**.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	11-12-17	MS62314	
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
TV				
Sarampión Rubéola	1	09/08/18	A69CE918A	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	26-07-18	221101316A	
	2	11-09-18	221501516A	
	3	4-4-19	221502201160	
	4	21-09-2020	2338400YAK	
	5			
Contra Hepatitis B	1	26-07-18	UFX17002	
	2	11-09-18	UFX17007	
	3	23-03-20	UFX19002	
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	U	26-07-18	UI923AA	
	U	21-09-2020	5022A006	
Virus de Papiloma Humano				
HepA	1D	30-07-18	N3KS2	
Varicela	1	21-09-2020	AD19372	

CONTROL DE VACUNACIÓN

CARNET DE VACUNACIÓN

CENTRO DE VACUNAS
Medical Care

No. 0142

Por un mundo sin contagios...

Nombre: Andrea Dayrado Linares

D.I.: 1084451155

TEL/CEL: 3004505107

FECHA	PROXIMAS VACUNAS

CONTROL DE VACUNACIÓN

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Dr. Ernesto Forero Martinez

Médico Pediatra



Clínica de
La Mujer Ltda.



Calle 22 No. 21-16 Esquina Tel.: 4204632 - Cel.: 300-8031822
Santa Marta, D.T.C.H.

Nombre: Andrea Diaz Granados Linares

Fecha de Nacimiento:

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:24:00 PM horas del 30/04/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1084451155**
Apellidos y Nombres: **DIAZGRANADOS HINCAPIE ANDREA CAROLINA**

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.

DIJIN

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 295177299

PIB
19:25:04

Bogotá DC, 30 de abril del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ANDREA CAROLINA DIAZGRANADOS HINCAPIE identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1084451155:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Olga Lucía Tibocha Cortés
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 30 de abril de 2026, a las 19:26:39, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1084451155
Código de Verificación	1084451155260430192639

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

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 16:24:09 horas del 02/05/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1084451155,** Apellidos y Nombres **DIAZGRANADOS HINCAPIE ANDREA CAROLINA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **DEPARTAMENTO DE POLICIA NACIONAL** , con NIT **800141397-5** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 02/05/2026 04:21:41 p. m. para **el Nº de Expediente o Comparendo:** Nº. **1084451155**

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. **139366425** . 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
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Solicitud Certificación sobre Residencia Fiscal y/o Situación Tributaria

1381

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 13811000858193

(415)7707212489984(8020) 00138110008581 9 3

Identificación del solicitante

20. Tipo de doc.	18. Número de identificación	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
13	1084451155	4	DIAZGRANADOS	HINCAPIE	ANDREA	CAROLINA

11. Razón social

Ubicación

24. Dirección principal: CL 12 13 28 BRR GAIRA

25. País	Cód.	26. Departamento	Cód.	27. Ciudad / municipio	Cód.	28. Teléfono fijo
COLOMBIA	169	Magdalena	47	Santa Marta	47001	3232207591

29. Teléfono celular	30. Correo electrónico	31. Otro correo electrónico
3156559559	diazgranados2906@gmail.com	

Representante legal, apoderado o mandatario (la casilla 32 a la 38 deberá ser diligenciada si usted actúa a nombre de un tercero)

32. Tipo de documento	33. Número de identificación	34. DV	35. Primer apellido	36. Segundo apellido	37. Primer nombre	38. Otros nombres
		0				

Condiciones de la solicitud

39. Tipo de persona que está realizando la solicitud	Cód.	40. Motivo por el cual solicita su residencia fiscal	Cód.	41. Total certificados residencia fiscal	42. Total certificados situación tributaria
Persona natural nacional	1	0		0	1

43. Condiciones que acredita su residencia o domicilio fiscal en Colombia	Cód.
1	
2	
3	

44. Requisitos adjuntos

1	Copia de la cédula de ciudadanía (ambas caras)	5	
2		6	
3		7	
4		8	

Señor contribuyente, recuerde que si es residente fiscal en Colombia, está obligado a presentar declaración por sus rentas y ganancias ocasionales de fuente nacional y extranjera y por su patrimonio poseído dentro y fuera del país.

Los datos consignados en el presente formato son verídicos y corresponden a la realidad

Firma de quien suscribe el documento

1001. Apellidos y nombres

1002. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía

1003. No. identificación: 1084451155

1004. DV: 4

1005. Cód. Representación

1006. Organización

997. Fecha de solicitud: 2026-05-08 12:25:47

FORMALIZADO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Solicitud Certificación sobre Residencia Fiscal y/o Situación Tributaria

1381

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 13811000858193

(415)7707212489984(8020) 001381100085819 3

Tipo de solicitud

No.	45. País para el cual requiere el certificado	Cód.	46. Año por el cual requiere el certificado	47. Tipo de certificado	Cód.
1	ARGENTINA	6	2024	Certificado de Situa	2
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

No.	45. País para el cual requiere el certificado	Cód.	46. Año por el cual requiere el certificado	47. Tipo de certificado	Cód.
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					

FORMALIZADO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141067594322

(415)7707212489984(8020) 000014106759432 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 8 4 4 5 1 1 5 5	4	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	1 9	

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 8 4 4 5 1 1 5 5	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DIAZGRANADOS	HINCAPIE	ANDREA	CAROLINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal
CL 12 13 28 BRR GAIRA

42. Correo electrónico diazgranados2906@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 3 2 2 0 7 5 9 1	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 2 4 0 7 2 5							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2 61. Fecha 2024-07-25 / 09:51:27AM

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre COHEN PONCE JORGE RICARDO

985. Cargo Analista III

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificación
Bancaria

Martes, 05 de mayo de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que ANDREA CAROLINA DIAZGRANADOS HINCAPIE identificado(a) con CC 1084451155, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
CUENTA AHORROS	51752871837	2015-12-28	Activo	*****

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

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO Superintendencia Financiera BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAINÍA

CERTIFICADO DE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES Y CONFLICTO DE INTERESES

Yo, **ANDREA CAROLINA DÍAZGRANADOS HINCAPIÉ**, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.084.451.155 de Santa Marta**, Médico General, portadora del Registro Médico No. **1084451155**, actuando en mi propio nombre y bajo la gravedad de juramento, declaro de manera libre, voluntaria y consciente que no me encuentro incursa en ninguna de las causales de inhabilidad, incompatibilidad, prohibición o conflicto de intereses establecidas en la Constitución Política de Colombia y demás normas legales vigentes, para contratar con entidades del Estado.

En consecuencia, manifiesto expresamente que:

1. Inhabilidades

No me encuentro incursa en ninguna causal de inhabilidad para contratar o celebrar convenios con entidades del Estado, en los términos establecidos en la ley. En particular, declaro que:

- No he sido condenada ni me encuentro cumpliendo condena por delitos contra la administración pública o relacionados con actos de corrupción.
- No me encuentro inhabilitada por sanciones disciplinarias o fiscales vigentes.
- No tengo vínculo matrimonial ni parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con servidores públicos que intervengan en procesos de evaluación, selección o contratación.

2. Incompatibilidades

Declaro que no me encuentro en ninguna situación de incompatibilidad que impida mi participación en procesos de contratación estatal, de conformidad con lo establecido en la Constitución Política, la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007, el Decreto 1082 de 2015 y demás normas concordantes.

3. Situación Jurídica

- No tengo sanciones vigentes de carácter fiscal, disciplinario o penal que me impidan contratar con el Estado.
- No he sido sancionada administrativa, fiscal, disciplinaria o penalmente en forma que limite mi capacidad para contratar.

4. Conflicto de Intereses

Manifiesto que:

- No tengo intereses particulares, económicos o personales que entren en conflicto con los fines de un eventual proceso contractual.
- No me encuentro incursa en situaciones que generen conflicto de intereses.
- En caso de conocer alguna circunstancia futura que pueda configurar un posible conflicto de intereses, me comprometo a informarlo de manera inmediata a la autoridad correspondiente.

5. Compromiso de Veracidad

Declaro que la información aquí consignada es veraz, y entiendo que cualquier falsedad, omisión o inexactitud podrá generar consecuencias disciplinarias, penales y administrativas, así como la exclusión del proceso de contratación.

En constancia, se firma la presente en la ciudad de Inirida, a los 6 días del mes de Mayo de 2026.

Firma: 
Nombre completo: ANDREA CAROLINA DÍAZGRANADOS HINCAPIÉ
C.C. No.: 1.084.451.155 de Santa Marta
Registro Médico: 1084451155
Cargo: Médico General
Teléfono: 3232207591
Correo electrónico: Medicinaandrea2906@gmail.com

NOMBRE: Andrea C Diazgranados Hincapie

FECHA: 6/5/2025

CARGO: Medico general

INSTRUCCIONES

Lea las cuatro descripciones de características personales de cada pregunta, elija la descripción a la que usted más se parece, luego escriba el número **1** en la casilla del frente a la respectiva frase debajo de la columna del signo más. De las tres frases restantes, elija a la que usted menos se parece y escriba el número **1** en la casilla al frente de la frase debajo de la columna con el signo menos. Quedarán dos frases sin ninguna marcación.

Ejemplo	+	-
es bastante sociable		
le falta confianza en sí mismo(a)		
es perfeccionista con cualquier trabajo que realiza		
tiende a ser algo emocional		

	GRUPOS DE CARACTERÍSTICAS PERSONALES	+	-
1	es bastante sociable	1	
	le falta confianza en sí mismo(a)		1
	es perfeccionista con cualquier trabajo que realiza		
	tiende a ser algo emocional		
2	no le interesa estar con otras personas		
	se siente libre de ansiedades y tensiones		1
	es una persona poco confiable		
	toma la conducción en las discusiones de grupo	1	
3	actúa de manera nerviosa e inestable		
	tiene una gran influencia sobre los demás		1
	no le gustan las reuniones sociables		
	es un(a) trabajador(a) muy persistente y formal	1	
4	se le facilita hacer nuevas amistades	1	
	no puede realizar la misma tarea por mucho tiempo		
	es fácilmente manejado(a) por los demás		1
	mantiene el autocontrol aún si está frustrado(a)		
5	es capaz de tomar decisiones importantes sin ayuda		
	no se relaciona fácilmente son gente desconocida		1
	tiende a sentirse tenso(a) o muy presionado(a)		
	concluye su trabajo a pesar de los problemas	1	
6	no le interesa mucho ser sociable		1
	no toma en serio sus responsabilidades		

	se mantiene estable y sereno(a)		
	toma el mando en actividades de grupo	1	
7	es una persona en quien se puede confiar	1	
	se disgusta fácilmente cuando las cosas van mal		
	no se siente muy seguro(a) de sus propias opiniones		1
	prefiere estar cerca de la gente		
8	le resulta fácil influir en los demás		1
	termina su trabajo a pesar de los obstáculos	1	
	limita sus relaciones sociales a unos cuantos		
	tiende a ser una persona más bien nerviosa		
9	no hace amigos fácilmente		
	toma parte activa en los asuntos de grupo		
	persiste en las tareas rutinarias hasta concluirlas	1	
	no se encuentra emocionalmente equilibrado(a)		1
10	se siente seguro(a) en sus relaciones con los demás		
	sus sentimientos son heridos fácilmente		1
	tiene hábitos de trabajo bien desarrollados		
	prefiere conservar un grupo pequeño de amigos	1	
11	se irrita con facilidad		1
	es capaz de manejar cualquier situación		
	no le gusta conversar con extraños		
	es perfeccionista en el trabajo que realiza	1	
12	prefiere no discutir con los demás	1	
	es incapaz de mantener un horario fijo		
	es una persona tranquila y serena		
	tiende a ser sociable		1
13	se siente libre de inquietudes y preocupaciones		
	le falta sentido de responsabilidad		1
	no le interesa relacionarse con el sexo opuesto		
	es hábil para tratar a otras personas	1	
14	le resulta fácil ser amistoso(a)		
	prefiere que otros dirijan las actividades de grupo		1
	parece estar siempre preocupado(a)		
	persevera en un trabajo a pesar de los problemas	1	
15	es capaz de cambiar las opiniones de otros		
	no le interesa unirse a actividades grupales		1
	es una persona muy nerviosa		
	es muy persistente en el trabajo que realiza	1	
16	es calmado(a) y fácil de tratar	1	
	no puede perseverar en el trabajo que realiza		

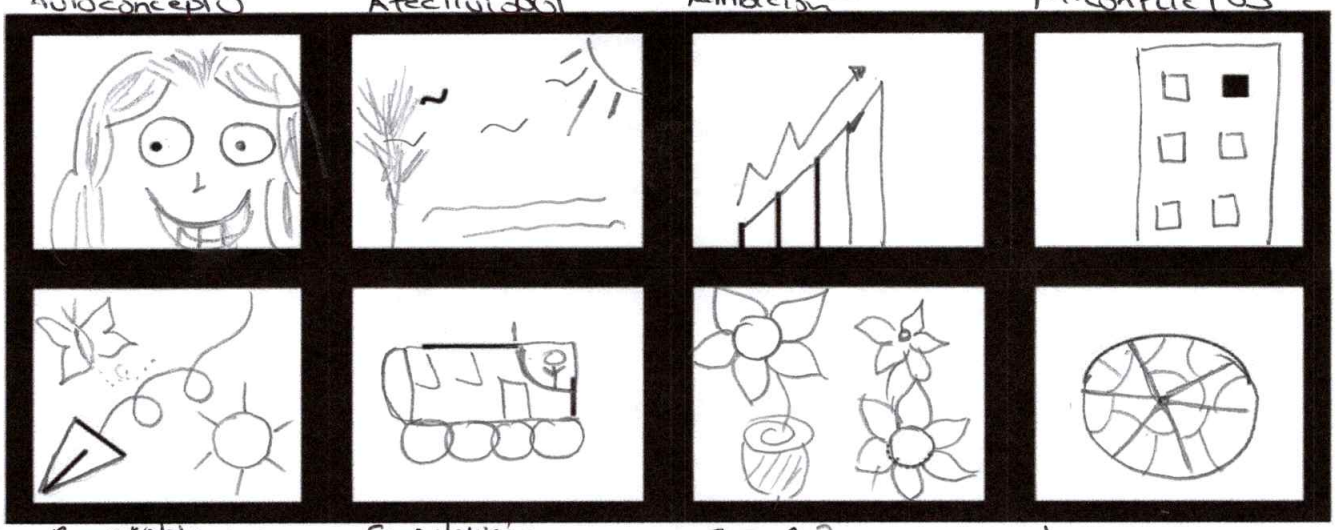
	disfruta rodeándose de mucha gente		
	no confía mucho en sus propias habilidades		1
17	es una persona totalmente confiable	1	
	no le interesa la compañía de la mayoría de la gente		
	le resulta difícil relajarse		1
	toma parte activa en las discusiones de grupo		
18	no se deja vencer fácilmente por un problema	1	
	tiende a ser algo nervioso(a)		
	carece de seguridad en sí mismo(a)		1
	prefiere pasar el tiempo en compañía de otros		
19	tiene ideas muy originales		
	es una persona un poco lenta y despreocupada		1
	tiende a criticar a los demás		
	piensa mucho antes de actuar	1	
20	cree que toda la gente es esencialmente honesta		1
	le gusta tomar con calma el trabajo o el juego	1	
	tiene una amistad muy inquisitiva		
	tiende a actuar impulsivamente		
21	es una persona muy activa	1	
	no se enoja con los demás		
	le disgusta trabajar con problemas complejos y difíciles		1
	prefiere fiestas animadas a reuniones tranquilas		
22	disfruta las discusiones filosóficas		1
	se cansa fácilmente		
	piensa las cosas con mucho cuidado antes de actuar	1	
	no confía mucho en la gente		
23	le gusta trabajar principalmente con ideas		
	sigue un ritmo lento al realizar acciones		
	es muy cuidadoso(a) al tomar una decisión	1	
	le es difícil llevarse bien con algunas personas		1
24	se distingue por arriesgarse	1	
	se irrita fácilmente con los demás		1
	puede hacer mucho en poco tiempo		
	emplea bastante tiempo pensando en nuevas ideas		
25	es una persona muy paciente	1	
	busca lo emocionante y excitante		
	es capaz de trabajar durante largos lapsos		
	prefiere poner en práctica un proyecto planearlo		1
26	se siente cansado(a) y fastidiado(a) al final del día		
	tiende a hacer juicios apresurados		1

	no muestra resentimiento hacia los demás	1	
	tiene una gran sed de conocimientos		
27	no actúa impulsivamente		1
	se irrita con los errores de los demás		
	carece de interés para pensar de manera crítica		
	prefiere trabajar rápidamente	1	
28	tiende a disgustarse mucho con la gente		1
	le gusta estar siempre activo(a)	1	
	preferiría no correr riesgos		
	prefiere el trabajo que requiere pocas ideas originales		
29	es una persona muy cautelosa	1	
	prefiere trabajar despacio		
	es muy diplomático(a) y discreto(a)		
	prefiere no ocupar su mente en pensamientos profundos		1
30	pierde la paciencia con los demás rápidamente		1
	tiene menos resistencia que la mayoría de la gente		
	tiende a ser creativo(a) y original	1	
	no le interesa mucho lo emocionante		
31	tiende a actuar siguiendo sus presentimientos		
	tiene un gran vigor y dinamismos	1	
	no confía en los demás hasta que demuestren que son de fiar		1
	disfruta los problemas que requieren bastante reflexión		
32	no le gusta trabajar rápidamente		
	tiene mucha fe en la gente		
	tiende a ceder al deseo del momento		1
	le agrada resolver problemas complicados	1	
33	es un(a) trabajador(a) muy activo(a)		
	acepta la crítica con buen ánimo	1	
	le disgustan los problemas que requieren mucho razonamiento		
	tiende a actuar primero y pensar después		1
34	no habla sino lo mejor sobre otras personas		
	es muy cauteloso(a) antes de actuar	1	
	no le interesan las discusiones que inciten a pensar		1
	no se apresura yendo de un lugar a otro		
35	no tiene una mente inquisitiva	1	
	no actúa impulsivamente		1
	generalmente está desbordante de energía		
	se irrita fácilmente por las debilidades de los demás		
36	puede realizar más cosas que otras personas		
	le gusta correr riesgos sólo por la emoción de hacerlo	1	

	se ofende cuando es criticado(a)		1
	prefiere trabajar con ideas que con cosas		
37	confía mucho en las personas	1	
	prefiere desempeñar trabajo rutinario y simple		
	actúa impulsivamente		1
	está lleno(a) de vigor y energía		
38	toma decisiones muy rápidamente		
	le simpatiza toda la gente		
	mantiene un ritmo vivaz en el trabajo o el juego	1	
	no tiene un gran interés en adquirir conocimientos		1

TEST WARTEGG

Nombre Andrea C Diaguanados Fecha 6/05/2026
Edad 25 Años Sexo femenino Grado De Escolaridad Pregrado
Profesión Medico general Lugar De Nacimiento Sta Mta. J



TITULOS DIBUJOS

1. Creamiento Personal, Economico, Academico --> AUTO CONCEPTO
2. Edificio - AFECTIVIDAD
3. felicidad - AMBICIÓN
4. Autobus - CONFLICTOS
5. Deporte - PROBLEMAS R.
6. Pascal - C. ANÁLISIS
7. Jardin/Flores SENSI Y SEXO
8. Volar, Sonar - NORMAS.

DIBUJO QUE MAS LE GUSTO (8) volar sónar

DIBUJO QUE MENOS LE GUSTO (4) Autobus

DIBUJO QUE LE PARECIO MAS FACIL (1) Creamiento

DIBUJO QUE LE PARECION MAS DIFÍCIL (8) volar sonic

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1084451155

Primer Nombre

andrea

Primer Apellido

diazgranados

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

3873

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2025-08-13→9:49:04 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identific
CC	1084451155	ANDREA	CAROLINA	DIAZGRANADOS	HINCAPIE	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ANDREA CAROLINA DIAZGRANADOS HINCAPIE identificado(a) con CC 1084451155 registra La siguiente información:

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	P P
Presto SSO	Local	COLOMBIA|GUAINÍA|INÍRIDA	2024-08-02	2025-08-01	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	I

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Título profesional

Título

Nombre ANDRÉS CAROLINA

Apellido DIAZGRANADOS HINCAPIE

Fecha de nacimiento 09/06/2000 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Usted pertenece a un grupo joven

Nivel educativo Universitaria completa (con título)

Género Mujer

¿Tiene usted alguna discapacidad? Si No

Nombre para mostrar ANDREA CAROLINA DIAZGRANADOS HINCAPIE

Tipo de documento

Número de documento

DIRECCIÓN

Código postal

Estrato social

Ubicación

País COLOMBIA

Correo electrónico diazgranados2906@gmail.com

Número de teléfono

Número de teléfono móvil 3232207591

Ajustes

Huso horario (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

Idioma predeterminado Español (Colombia)

Cultura predeterminada Español (Colombia)

Información de seguridad

Pregunta de seguridad ¿Cuál es tu apodo?

Respuesta de seguridad yre

Número SMS de seguridad 3232207591

Editar

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 1084451155 **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 30/04/2026 07:32 PM

Código Verificación: **LDQBTAV64Y**

Válida hasta: **30/07/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD

RESOLUCIÓN NÚMERO - - 205 - - - **DEL** 27 APR 2026

"Por la cual se modifica la resolución No. 001 del 01 de enero de 2026 de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional el detalle del anexo del Decreto 1477 del 30 de diciembre de 2025 "Por el cual se liquida el Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 2026, se detallan las apropiaciones y se clasifican y definen los gastos", se detallan los ingresos del presupuesto de Rentas y Gastos del Fondo Cuenta de Salud de la Policía Nacional y se efectúan asignaciones internas de apropiaciones del Presupuesto de Gastos de Salud a algunas Regionales de Aseguramiento en Salud, algunas Unidades Prestadoras de Salud, Hospital Central y Nivel Central de la Policía Nacional para la Vigencia Fiscal 2026"

EL DIRECTOR DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL

En uso de las facultades legales que confiere y,

C O N S I D E R A N D O:

Que mediante Ley 2559 del 22 de diciembre de 2025, se decreta el Presupuesto de Rentas y Recursos de Capital y Ley de apropiaciones para la Vigencia fiscal del 1o. de enero al 31 de diciembre de 2026.

Que mediante Decreto 1477 del 30 de diciembre de 2025 "Por el cual se liquida el Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 2026, se detallan las apropiaciones y se clasifican y definen los gastos", se detallan y se efectúan asignaciones internas de apropiaciones del Presupuesto de Gastos de Salud a algunas Regionales de Aseguramiento en Salud, algunas Unidades Prestadoras de Salud y Nivel Central de la Policía Nacional para la Vigencia Fiscal 2026".

Que el Artículo 19 del Decreto 1477 del 30 de diciembre de 2025, establece que el jefe del Órgano o quien éste haya delegado la ordenación del gasto, podrá efectuar mediante resolución desagregaciones presupuestales a las apropiaciones contenidas en el anexo del decreto de liquidación, así como efectuar asignaciones internas de apropiaciones en sus dependencias, seccionales o regionales a fin de facilitar su manejo operativo y de gestión, sin que las mismas impliquen cambiar su destinación. Estas desagregaciones y asignaciones deberán quedar registradas en el Sistema Integrado de Información Financiera (SIIF) Nación, y para su validez no requerirán aprobación del Ministerio de Hacienda y Crédito Público - Dirección General del Presupuesto Público Nacional.

Que el Decreto 1068 de 2015 en su artículo 2.8.1.7.5, modificado por el Decreto 412 del 2 de marzo de 2018, en su artículo 14 establece, que el registro de la ejecución del presupuesto de renta y recursos de capital y del presupuesto de gastos del Presupuesto General de la Nación en el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF Nación, deberá hacerse de conformidad con el Catálogo de Clasificación Presupuestal -CCP que establezca la Dirección General del Presupuesto Público Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y en los tiempos que permitan conocer la situación de las finanzas con mayor cercanía al momento de generarse el hecho económico.

Que mediante Resolución 00502 del 05 marzo 2026, *"Por la cual se delega la ordenación del gasto y competencias propias de la Gestión Contractual y Convenios en la Policía Nacional, y se dictan otras disposiciones"*.

Que se hace necesario modificar el plan anual de adquisiciones de la vigencia fiscal 2026 en forma ordinaria a algunas Regionales de Aseguramiento en Salud, algunas Unidades Prestadoras de Salud, Hospital Central y Nivel Central en el entendido de contracreditar y acreditar unas partidas presupuestales, con el fin de atender otras necesidades básicas y prioritarias de las unidades, según comunicaciones: GS-2026-115686-DEANT, GS-2026-035003-DEATA, GS-2026-205892-MEBOG, GS-2026-218345-MEBOG, GS-2026-031052-DEBOL, GS-2026-037612-DECAS, GS-2026-042245-DECAU, GS-2026-006925-DEGUN, GS-2026-017054-DEGUV, GS-2026-029792-DISAN, GS-2026-044966-DEUIL, GS-2026-029044-DEMAG, GS-2026-006230-REGI1, GS-2026-006965-REGI2, GS-2026-004730-REGI4, GS-2026-007968-REGI5, GS-2026-007981-REGI6, GS-2026-005309-REGI7, GS-2026-006924-REGI8, GS-2026-074014-DESAN, GS-2026-079876-DETOL, GS-2026-084893-DETOL, GS-2026-029604-DEURA, GS-2026-050058-DEVAL, GS-2026-074834-DEVAL, GS-2026-075199-DEVAL, GS-2026-009725-DEVIC, GS-2026-029559-DISAN, GS-2026-033071-DISAN, GS-2026-031429-DISAN, GS-2026-028708-DISAN, GS-2026-012761-DISAN, GS-2026-009128-DISAN, GS-2026-006857-DISAN, GS-2026-005249-DISAN, GS-2026-030940-DISAN, GS-2026-031125-DISAN, GS-2026-028069-DERIS, GS-2026-033139-DECOR, GS-2026-087741-DEBOY, GS-2026-093893-DEBOY, GS-2026-005962-REGI3, GS-2026-006067-REGI3, las cuales ocasionan ajustes presupuestales; por lo tanto, se hace necesario modificar la Resolución No. 001 del 01 de enero de 2026.

Resolución No. 001 del 01 de enero de 2026 de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional el detalle del anexo del Decreto 1477 del 30 de diciembre de 2025 "Por el cual se liquida el Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 2026, se detallan las apropiaciones y se clasifican y definen los gastos", se detallan los ingresos del presupuesto de Rentas y Gastos del Fondo Cuenta de Salud de la Policía Nacional y se efectúan asignaciones internas de apropiaciones del Presupuesto de Gastos de Salud al Nivel Central, Regionales de Aseguramiento en Salud, Unidades Prestadoras de Salud y Hospital Central de la Policía Nacional para la Vigencia Fiscal 2026"

IDENTIFICACION PRESUPUESTAL							CONCEPTO	CONTRACREDITOS	CREDITOS
CTA PROG	SUBC SUBP	OBJ PROY	ORD SPRY	SUBO	ITEM	REC			
02	02	02	008	003		16	SERVICIOS PROFESIONALES, CIENTÍFICOS Y TÉCNICOS (EXCEPTO LOS SERVICIOS DE INVESTIGACION, URBANISMO, JURÍDICOS Y DE CONTABILIDAD)	76.000.000,00	
							(018) UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAINIA	-	100.019.517,00
02							ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	-	99.853.350,00
02	02						ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	-	99.853.350,00
02	02	02					ADQUISICIÓN DE SERVICIOS	-	99.853.350,00
02	02	02	008				SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN	-	99.853.350,00
02	02	02	008	003		16	SERVICIOS PROFESIONALES, CIENTÍFICOS Y TÉCNICOS (EXCEPTO LOS SERVICIOS DE INVESTIGACION, URBANISMO, JURÍDICOS Y DE CONTABILIDAD)	-	84.853.350,00
02	02	02	008	005		16	SERVICIOS DE SOPORTE	-	15.000.000,00
08							GASTOS POR TRIBUTOS, MULTAS, SANCIONES E INTERESES DE MORA	-	166.167,00
08	01						IMPUESTOS	-	166.167,00
08	01	02					IMPUESTOS TERRITORIALES	-	166.167,00
08	01	02	004			16	IMPUESTO DE ALUMBRADO PÚBLICO		166.167,00
							(O 18) ATENCION SALUD	-	15.166.167,00
02							ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	-	15.000.000,00
02	02						ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	-	15.000.000,00
02	02	02					ADQUISICIÓN DE SERVICIOS	-	15.000.000,00
02	02	02	008				SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN	-	15.000.000,00
02	02	02	008	005		16	SERVICIOS DE SOPORTE		15.000.000,00
08							GASTOS POR TRIBUTOS, MULTAS, SANCIONES E INTERESES DE MORA	-	166.167,00
08	01						IMPUESTOS	-	166.167,00
08	01	02					IMPUESTOS TERRITORIALES	-	166.167,00
08	01	02	004			16	IMPUESTO DE ALUMBRADO PÚBLICO		166.167,00
							(Q 18) SERVICIOS DE PERSONAL ADMINISTRATIVO	-	7.671.840,00
02						16	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	-	7.671.840,00
02	02					16	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	-	7.671.840,00
02	02	02				16	ADQUISICIÓN DE SERVICIOS	-	7.671.840,00
02	02	02	008			16	SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN	-	7.671.840,00
02	02	02	008	003		16	SERVICIOS PROFESIONALES, CIENTÍFICOS Y TÉCNICOS (EXCEPTO LOS SERVICIOS DE INVESTIGACION, URBANISMO, JURÍDICOS Y DE CONTABILIDAD)		7.671.840,00
							(QAS 18) SERVICIOS DE PERSONAL ASISNTENCIAL	-	77.181.510,00
02						16	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	-	77.181.510,00
02	02					16	ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	-	77.181.510,00
02	02	02				16	ADQUISICIÓN DE SERVICIOS	-	77.181.510,00
02	02	02	008			16	SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN	-	77.181.510,00
02	02	02	008	003		16	SERVICIOS PROFESIONALES, CIENTÍFICOS Y TÉCNICOS (EXCEPTO LOS SERVICIOS DE INVESTIGACION, URBANISMO, JURÍDICOS Y DE CONTABILIDAD)		77.181.510,00
							(020) UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAVIARE	-	19.096.714,00
02							ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	-	19.096.714,00

Resolución No. 205 DE 27 APR 2026 HOJA No. 31, "Por la cual se efectúan modificaciones a la

Resolución No. 001 del 01 de enero de 2026 de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional el detalle del anexo del Decreto 1477 del 30 de diciembre de 2025 "Por el cual se liquida el Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 2026, se detallan las apropiaciones y se clasifican y definen los gastos", se detallan los ingresos del presupuesto de Rentas y Gastos del Fondo Cuenta de Salud de la Policía Nacional y se efectúan asignaciones internas de apropiaciones del Presupuesto de Gastos de Salud al Nivel Central, Regionales de Aseguramiento en Salud, Unidades Prestadoras de Salud y Hospital Central de la Policía Nacional para la Vigencia Fiscal 2026"

IDENTIFICACION PRESUPUESTAL							CONCEPTO	CONTRACREDITOS	CREDITOS
CTA PROG	SUBC SUBP	OBJ PROY	ORD SPRY	SUBO	ITEM	REC			
02	02	01	003				OTROS BIENES TRANSPORTABLES (EXCEPTO PRODUCTOS METÁLICOS, MAQUINARIA Y EQUIPO)	1.350.000,00	1.350.000,00
02	02	01	003	006		16	PRODUCTOS DE CAUCHO Y PLÁSTICO		1.350.000,00
02	02	01	003	008		16	OTROS BIENES TRANSPORTABLES N.C.P.	1.350.000,00	
02	02	02					ADQUISICIÓN DE SERVICIOS	10.845.714,00	8.000.000,00
02	02	02	007				SERVICIOS FINANCIEROS Y SERVICIOS CONEXOS, SERVICIOS INMOBILIARIOS Y SERVICIOS DE LEASING	10.845.714,00	-
02	02	02	007	002		16	SERVICIOS INMOBILIARIOS	10.845.714,00	
02	02	02	008				SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN	-	8.000.000,00
02	02	02	008	005		16	SERVICIOS DE SOPORTE		8.000.000,00
							(G 59) GESTION AMBIENTAL	-	2.845.714,00
02							ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	-	2.845.714,00
02	02						ADQUISICIONES DIFERENTES DE ACTIVOS	-	2.845.714,00
02	02	02					ADQUISICIÓN DE SERVICIOS	-	2.845.714,00
02	02	02	009				SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES	-	2.845.714,00
02	02	02	009	004		16	SERVICIOS DE ALCANTARILLADO, RECOLECCIÓN, TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN DE DESECHOS Y OTROS SERVICIOS DE SANEAMIENTO AMBIENTAL		2.845.714,00

ARTÍCULO 2° Mediante este acto administrativo, se aprueba la modificación al plan anual de adquisiciones de cada una de las unidades aquí relacionadas, las cuales deberán actualizar la información y generar la versión correspondiente.

ARTÍCULO 3° La presente Resolución rige a partir de la fecha de expedición.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE,

Dada en Bogotá D.C., a los 27 APR 2026

Coronel **JUAN PABLO BLANCO SIERRA**
Director de Sanidad Policía Nacional

Elaboró: CPES. FERNANDO AGUDELO VALENCIA
DISAN - PLANE

Revisó: TC. JOHANNA PATRICIA FLÓREZ SILVA
DISAN - PLANE

Revisó: TC. CARLOS ANDRÉS CAMACHO VESGA
DISAN - SUSAN

Fecha de elaboración 27/04/2026

Ubicación: \\srvfiledisan\FERNANDO AGUDELO\2026\RESOLUCIONES