

**Nueva Búsqueda**

Empresa / Persona  
 Entidad  
 Departamento

Sin Nombre **0**

03/27/14

Nombre de persona o empresa  
 KAROL ALZONZA OSORIO MARTINEZ

NIT / C.C.  
 00277114

## Reporte General

Este informe se basa en los contratos registrados en el Sict. Ejecutado de Contratación Pública (SECOF) presentados a través del Portal de Datos Abiertos de Colombia.

0 Seleccionar fecha de inicio  
 0 Fecha y hora de cierre de contrato  
 0 Registrar contrato firmado

Seleccionar un año

Lista de los contratos más cuestionados  
 \*Para visualizar la información completa de los contratos, clic en link de Consulta

#	Nombre	Objeto de contrato	Entidad	Fecha inicio	Fecha terminación	Departamento	Origen
1	SISTEMA DE	LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE CONSULTORÍA EN EL SECTOR PÚBLICO	POCA SA DE INGENIERIA SA S.A.S.	2013-01-01	2013-01-01	CAJAMA	CPA
2	SISTEMA DE	LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE CONSULTORÍA EN EL SECTOR PÚBLICO	POCA SA DE INGENIERIA SA S.A.S.	2013-01-01	2013-01-01	CAJAMA	CPA
3	SISTEMA DE	LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE CONSULTORÍA EN EL SECTOR PÚBLICO	POCA SA DE INGENIERIA SA S.A.S.	2013-01-01	2013-01-01	CAJAMA	CPA

## Entidades

Entidades con mayor número de contratos adjudicados discriminados por Número de proceso, Departamento y Municipio.

### Gráficas del reporte

Para visualizar gráficas seleccione una opción

## SOLICITUD ACEPTACION CONTRATO

Desde DECAL UPRES-DCL <decal.upres-dcl@policia.gov.co>

Fecha Mar 5/05/2026 4:44 PM

Para Alejandra Ordonez <alejandraom0512@gmail.com>

Manizales Caldas

Señora

**MARIA ALEJANDRA ORDOÑEZ**  
**MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA**

Ciudad

Por medio de la presente, me permito OFRECERLE el contrato por prestación de servicios como **MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA** los cuales serán prestados de manera principal en el **Establecimiento de Sanidad Policial Complementario (ESPCO) – Clínica DECAL**, y de manera eventual en los demás lugares donde se requiera, dentro del ámbito de competencia de la Unidad Prestadora de Salud Caldas, de conformidad con lo establecido en la cláusula de obligaciones del contratista y cuando las necesidades del servicio así lo demanden. Para tal efecto, me acogeré a los honorarios establecidos por la Entidad.

Para lo anterior, manifiesto bajo la gravedad de juramento que **no me encuentro relacionada en el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República**, dando cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 60 de la Ley 610 de 2000.

Igualmente, declaro que **no me encuentro incurso en inhabilidades ni incompatibilidades** para contratar con el Estado, incluida la prevista en el artículo 6 de la Ley 2097 de 2021, referente al Registro de Deudores Alimentarios Morosos; así mismo, manifiesto que no presento ningún tipo de prohibición ni conflicto de intereses. Autorizo a la entidad contratante para que realice las consultas correspondientes ante los organismos competentes (Procuraduría, Contraloría, Policía Nacional y demás entidades), con el fin de verificar la veracidad de la información consignada en mi hoja de vida, de manera previa a la firma del contrato y/o con la periodicidad que la ley lo disponga.

De igual forma, declaro que **no me encuentro sancionada por conductas contrarias a la ética profesional** que me inhabiliten para el ejercicio de la profesión, razón por la cual adjunto el certificado correspondiente que así lo acredita. En caso de que durante la ejecución del contrato sobrevenga alguna causal de inhabilidad, incompatibilidad, conflicto de intereses o sanción ética que restrinja el ejercicio profesional, me comprometo a informarlo de manera inmediata al supervisor del contrato y a la entidad contratante.

Así mismo, declaro que a la fecha **NO ( ) / SÍ ( )** tengo contratos en ejecución con otras entidades públicas, contando en todo caso con la capacidad e idoneidad necesarias para ejecutar el presente contrato.

Finalmente, manifiesto bajo la gravedad de juramento que **no presento patologías, condiciones de salud o circunstancias especiales** que restrinjan el ejercicio presencial de mi profesión frente al objeto del contrato, conforme a lo manifestado en el examen médico ocupacional pre-ocupacional.

En caso de ser atendida la presente solicitud, agradezco se me informe a la siguiente dirección y teléfono:

**Dirección:** XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**Teléfono:** XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Autorizo igualmente que cualquier notificación relacionada con esta propuesta y/o con el contrato sea enviada al correo electrónico: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

### 1. ACTIVIDADES PROGRAMADAS

## Actividades asistenciales y complementarias:



Actividad	95 horas
<p><b>ACTIVIDADES GENERALES A REALIZAR COMO PEDIATRA ES UN MÉDICO ESPECIALIZADO</b></p> <p><b>Atención en la salud de los niños, desde el nacimiento hasta la adolescencia. Sus funciones abarcan varias áreas importantes:</b></p> <p><b>Atención médica general</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosticar y tratar enfermedades comunes en niños (resfriados, infecciones, fiebre, etc.).</li> <li>• Realizar chequeos periódicos para evaluar el estado de salud.</li> </ul> <p><b>Control del crecimiento y desarrollo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisar peso, talla y desarrollo físico.</li> <li>• Evaluar habilidades motoras, cognitivas y sociales según la edad.</li> </ul> <p><b>Vacunación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar y llevar el control del esquema de vacunas.</li> <li>• Informar a los padres sobre vacunas necesarias y refuerzos.</li> </ul> <p><b>Prevención y detección temprana</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar problemas de salud de forma precoz.</li> <li>• Detectar trastornos del desarrollo o enfermedades crónicas.</li> </ul> <p><b>Orientación a padres</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar consejos sobre alimentación, higiene, sueño y crianza.</li> <li>• Educar sobre prevención de accidentes y cuidados en casa.</li> </ul> <p><b>Manejo de enfermedades crónicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratar condiciones como asma, diabetes infantil o alergias.</li> <li>• Hacer seguimiento continuo y ajustes de tratamiento.</li> </ul> <p><b>Coordinación con especialistas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Remitir a otros médicos (como neurólogos o cardiólogos pediátricos) cuando es necesario.</li> </ul> <p><b>Las demás atenciones a enfermedades y acompañamiento el desarrollo integral del niño y orientación a la familia.</b></p>	<p><b>Proporcional a las horas contratadas</b></p>
Cumplimiento de protocolos y guías clínicas	Obligatorio
Participación en actividades de calidad y auditoría clínica	Según programación institucional

**ACTIVIDADES TRANSVERSALES OBLIGATORIAS**

- Diligenciamiento completo y oportuno de historia clínica conforme a la Resolución 1995 de 1999 y normas que la modifiquen.
- Registro en sistemas de información institucional.
- Cumplimiento de protocolos de bioseguridad.
- Aplicación de guías clínicas y protocolos institucionales.
- Reporte de eventos adversos y fallas en la atención.
- Participación en actividades de calidad, seguridad del paciente y auditoría clínica.

## Distribución estimada de horas (referencial)

95 horas

- Aproximadamente 23/24 turnos de 4 horas en hospitalización y/o urgencias y/o jornadas parciales de consulta externa.; por 3 pacientes hora, 12 pacientes día en promedio

La programación de actividades se realizará conforme a la necesidad del servicio, sin que ello implique subordinación laboral, conservando el profesional autonomía técnica y científica en el ejercicio de su actividad.

### NATURALEZA JURÍDICA

El presente anexo no genera relación laboral. El contratista conserva autonomía técnica, científica y administrativa en la ejecución de sus actividades, limitándose la relación al cumplimiento del objeto contractual.

**PLAZO DE EJECUCIÓN: 119 días**

**HONORARIOS MENSUALES: \$ 10.337.330,00**

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO: \$41.004.742,00**

Para los fines pertinentes, anexo mi hoja de vida y los demás documentos soporte requeridos por la entidad.

Atentamente,

XXXXXXXXXXXXX\_

Nombre completo

C.C. No. XXXXXXXXXXXX

Atentamente,



Teniente

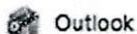
**LINA MARÍA GARCÍA LEÓN**

Jefe Establecimiento Complementario De Atención En Salud ESPCO  
3505589860

**POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA**

Unidad Prestadora de Salud Caldas

El contenido de este mensaje y sus anexos es propiedad de la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA son únicamente para el uso del destinatario y puede contener información de uso privilegiado o confidencial que no es de carácter público. Si usted no es el destinatario intencional, se le informa que cualquier uso, difusión, distribución o copiado de esta comunicación está terminantemente prohibido. Cualquier revisión, retransmisión, diseminación o uso del mismo, así como cualquier acción que se tome al respecto a la información contenida, por personas o entidades diferentes al propósito original de la misma es ilegal.



Re: SOLICITUD ACEPTACIÓN CONTRATO

Desde Alejandra Ordonez <alejandraom0512@gmail.com>  
Fecha Mié 05/05/2026 2:58 PM  
Para DECAL UPRES-DCL <decal.upres-dcl@policia.gov.co>

Respetado  
Señor Coronel  
Ciudad

Por medio de la presente, me permito OFRECERLE a la Policia servicios como MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA los cuales serán prestados de manera principal en el Establecimiento de Sanidad Policial Complementario (ESPCO) – Clínica DECAL, y de manera eventual en los demás lugares donde se requiera, dentro del ámbito de competencia de la Unidad Prestadora de Salud Caldas, de conformidad con lo establecido en la cláusula de obligaciones del contratista y cuando las necesidades del servicio así lo demanden. Para tal efecto, me acogeré a los honorarios establecidos por la Entidad.

Para lo anterior, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no me encuentro relacionada en el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República, dando cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 60 de la Ley 610 de 2000.

Igualmente, declaro que no me encuentro incurso en inhabilidades ni incompatibilidades para contratar con el Estado, incluida la prevista en el artículo 6 de la Ley 2097 de 2021, referente al Registro de Deudores Alimentarios Morosos; así mismo, manifiesto que no presento ningún tipo de prohibición ni conflicto de intereses. Autorizo a la entidad contratante para que realice las consultas correspondientes ante los organismos competentes (Procuraduría, Contraloría, Policía Nacional y demás entidades), con el fin de verificar la veracidad de la información consignada en mi hoja de vida, de manera previa a la firma del contrato y/o con la periodicidad que la ley lo disponga.

De igual forma, declaro que no me encuentro sancionada por conductas contrarias a la ética profesional que me inhabiliten para el ejercicio de la profesión, razón por la cual adjunto el certificado correspondiente que así lo acredita. En caso de que durante la ejecución del contrato sobrevenga alguna causal de inhabilidad, incompatibilidad, conflicto de intereses o sanción ética que restrinja el ejercicio profesional, me comprometo a informarlo de manera inmediata al supervisor del contrato y a la entidad contratante.

Así mismo, declaro que a la fecha NO ( x ) / Sí ( ) tengo contratos en ejecución con otras entidades públicas, contando en todo caso con la capacidad e idoneidad necesarias para ejecutar el presente contrato.

Finalmente, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no presento patologías, condiciones de salud o circunstancias especiales que restrinjan el ejercicio presencial de mi profesión frente al objeto del contrato, conforme a lo manifestado en el examen médico ocupacional pre-ocupacional.

En caso de ser atendida la presente solicitud, agradezco se me informe a la siguiente dirección y teléfono:

Dirección: carrera 23 numero 47-21 apartamento 301 edificio arcobaleno  
Teléfono: 3017907889

Autorizo igualmente que cualquier notificación relacionada con esta propuesta y/o con el contrato sea enviada al correo electrónico: [alejandraom0512@gmail.com](mailto:alejandraom0512@gmail.com)

1. ACTIVIDADES PROGRAMADAS

Actividades asistenciales y complementarias:

<input type="checkbox"/>	Actividad	95 horas
--------------------------	-----------	----------

<p><b>ACTIVIDADES GENERALES A REALIZAR COMO PEDIATRA ES UN MÉDICO ESPECIALIZADO</b></p> <p>Atención en la salud de los niños, desde el nacimiento hasta la adolescencia. Sus funciones abarcan varias áreas importantes:</p> <p><b>Atención médica general</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosticar y tratar enfermedades comunes en niños (resfriados, infecciones, fiebre, etc.).</li> <li>• Realizar chequeos periódicos para evaluar el estado de salud.</li> </ul> <p><b>Control del crecimiento y desarrollo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisar peso, talla y desarrollo físico.</li> <li>• Evaluar habilidades motoras, cognitivas y sociales según la edad.</li> </ul> <p><b>Vacunación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar y llevar el control del esquema de vacunas.</li> <li>• Informar a los padres sobre vacunas necesarias y refuerzos.</li> </ul> <p><b>Prevención y detección temprana</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar problemas de salud de forma precoz.</li> <li>• Detectar trastornos del desarrollo o enfermedades crónicas.</li> </ul> <p><b>Orientación a padres</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar consejos sobre alimentación, higiene, sueño y crianza.</li> <li>• Educar sobre prevención de accidentes y cuidados en casa.</li> </ul> <p><b>Manejo de enfermedades crónicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratar condiciones como asma, diabetes infantil o alergias.</li> <li>• Hacer seguimiento continuo y ajustes de tratamiento.</li> </ul> <p><b>Coordinación con especialistas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Remitir a otros médicos (como neurólogos o cardiólogos pediátricos) cuando es necesario.</li> </ul> <p>Las demás atenciones a enfermedades y acompañamiento el desarrollo integral del niño y orientación a la familia.</p>	<p>Proporcional a las horas contratadas</p>
<p><b>Cumplimiento de protocolos y guías clínicas</b></p>	<p>Obligatorio</p>
<p><b>Participación en actividades de calidad y auditoría clínica</b></p>	<p>Según programación institucional</p>

**ACTIVIDADES TRANSVERSALES OBLIGATORIAS**

- Diligenciamiento completo y oportuno de historia clínica conforme a la Resolución 1995 de 1999 y normas que la modifiquen.
- Registro en sistemas de información institucional.
- Cumplimiento de protocolos de bioseguridad.
- Aplicación de guías clínicas y protocolos institucionales.
- Reporte de eventos adversos y fallas en la atención.
- Participación en actividades de calidad, seguridad del paciente y auditoría clínica.
- Cumplimiento de normatividad en farmacovigilancia y tecnovigilancia.
- Garantizar confidencialidad de la información del paciente (Ley 1581 de 2012).

**Distribución estimada de horas (referencial)**

**95 horas**

- Aproximadamente 23/24 turnos de 4 horas en hospitalización y/o urgencias y/o jornadas parciales de consulta externa.; por 3 pacientes hora, 12 pacientes día en promedio

La programación de actividades se realizará conforme a la necesidad del servicio, sin que ello implique subordinación laboral, conservando el profesional autonomía técnica y científica en el ejercicio de su actividad.

**NATURALEZA JURÍDICA**

El presente anexo no genera relación laboral. El contratista conserva autonomía técnica, científica y administrativa en la ejecución de sus actividades, limitándose la relación al cumplimiento del objeto contractual.

**PLAZO DE EJECUCIÓN: 119 días**

**HONORARIOS MENSUALES: \$ 10.337.330,00**

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO: \$41.004.742,00**

Para los fines pertinentes, anexo mi hoja de vida y los demás documentos soporte requeridos por la entidad.

Atentamente,

Nombre completo

C.C. No. 1053771144

Atentamente,

El mié, 20 may 2026 a la(s) 2:49p.m., DECAL UPRES-DCL ([decal.upres-dcl@policia.gov.co](mailto:decal.upres-dcl@policia.gov.co)) escribió:

Mensaje de correo electrónico enviado por [decal.upres-dcl@policia.gov.co](mailto:decal.upres-dcl@policia.gov.co)

Manizales Caldas

Señora

**MARIA ALEJANDRA ORDOÑEZ**  
**MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA**

Ciudad

Por medio de la presente, me permito OFRECERLE el contrato por prestación de servicios como MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA los cuales serán prestados de manera principal en el Establecimiento de Sanidad Policial Complementario (ESPCO) – Clínica DECAL, y de manera eventual en los demás lugares donde se requiera, dentro del ámbito de competencia de la Unidad Prestadora de Salud Caldas, de conformidad con lo establecido en la cláusula de obligaciones del contratista y cuando las necesidades del servicio así lo demanden. Para tal efecto, me acogeré a los honorarios establecidos por la Entidad.

Para lo anterior, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no me encuentro relacionada en el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República, dando cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 60 de la Ley 610 de 2000.

Igualmente, declaro que no me encuentro incurso en inhabilidades ni incompatibilidades para contratar con el Estado, incluida la prevista en el artículo 6 de la Ley 2097 de 2021, referente al Registro de Deudores Alimentarios



# FORMATO ÚNICO

ENTIDAD RECEPTORA

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

1

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ORDÓÑEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MARTINEZ	NOMBRES MARIA ALEJANDRA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1053771144	GENERO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>	NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DIA 12 MES 05 AÑO 1986	CARRERA 23 47 21		
PAÍS COLOMBIA	PAÍS COLOMBIA	DEPTO CALDAS	
DEPTO NARIÑO	MUNICIPIO MANIZALES		
MUNICIPIO EL TAMBO	TELÉFONO 3017907889	EMAIL alejandraom0512@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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	6	X		ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA	10	2019	1053771144
PREGRADO	12	X		MEDICINA	04	2010	16659

3

### EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

#### EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR\_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

**4 IDIOMAS**

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

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

**5 EXPERIENCIA LABORAL**

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CALDAS HOSPITAL INFANTIL RAFAEL HENAO TORO				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i> X		<i>PAÍ</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> CALDAS			<i>MUNICIPIO</i> MANIZALES					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 8932859			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	04	<i>Mes</i>	10	<i>Año</i>	2019	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> PEDIATRA			<i>DEPENDENCIA</i> AREA CONSULTA EXTERNA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 23 49 30						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍ</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> CALDAS			<i>MUNICIPIO</i> MANIZALES					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3505588337			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	02	<i>Mes</i>	07	<i>Año</i>	2025	<i>Día</i>	27	<i>Mes</i>	06	<i>Año</i>	2026
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATO RPESTACION DE SERVICI			<i>DEPENDENCIA</i> CONTRATISTA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 17 67 0						

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA MEINTEGRAL S.A.S				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CALDAS			MUNICIPIO MANIZALES					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8740201			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	10	Mes	10	Año	2019	Día	30	Mes	09	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL PEDIATRA			DEPENDENCIA CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES					DIRECCIÓN CARRERA 23 39 28						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CALDAS			MUNICIPIO MANIZALES					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3505588337			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	28	Mes	12	Año	2023	Día	29	Mes	02	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 671 PRESTACION DE SERVICIOS			DEPENDENCIA CONTRATISTA					DIRECCIÓN CARRERA 17 67 0						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN MARCOS DE CHINCHINA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CALDAS			MUNICIPIO CHINCHINÁ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8400911			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	12	Mes	09	Año	2019	Día	31	Mes	03	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PEDIATRA			DEPENDENCIA PEDIATRIA URGENCIAS Y HOSPITALIZACION					DIRECCIÓN CALLE 12 102 0						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA MEINTEGRAL S.A.S				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CALDAS			MUNICIPIO MANIZALES					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8740201			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	18	Mes	05	Año	2019	Día	09	Mes	10	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICA GENERAL			DEPENDENCIA AREA DE HOSPITALIZACION					DIRECCIÓN CARRERA 2N 39 28						

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						

FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**  
 Persona Natural

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

**7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	3	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	6	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

**8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Manizales 06.05.2026  
Alexandra Ordóñez et.  
 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.

06.05.2026 Manizales TE. Juan Manuel Gomez Leiva  
 Ciudad y fecha NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



## Certificado de Información

El Departamento Administrativo de la Función Pública certifica que en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP II se encuentra registrado(a) MARIA ALEJANDRA ORDOÑEZ MARTINEZ identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA 1053771144, con el (los) contrato(s)

Número del contrato (91-7-20111-25) y objeto del contrato (LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PEDIATRA) en la entidad (DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL)

Esta certificación se expide a los 22 días del mes de mayo del año 2026, a las 08:52 (horas)



**Función Pública**



La República de Colombia  
y en su nombre, el

# Colegio Integrado "Sagrado Corazón de Jesús"

Hermanas Bethlemitas  
El Tambo, Nariño

Autorizado por el Gobierno Departamental,  
según Resolución No. 1949 del 10. de octubre de 2001.

Confiere a:

## María Alejandra Ordóñez Martínez

Identificada con C.I. No. 860512-55390 de El Tambo (N)

El Título de

## Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de  
Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.



*M. L. Maldonado*  
Rectora



*Lucía Isolina U.*  
Secretaria

Dado en El Tambo, Nariño, a 6 de Julio de 2002.

y por autorización del Ministerio de Educación Nacional



# La Universidad de Caldas

Promoción Bicentenario de la Independencia de Colombia 1810 - 2010

En atención a que

María Alejandra Ordóñez Martínez

C.C. No. 1053771144 de MANIZALES

Ha cumplido los requisitos que los estatutos exigen, le confiere el título de  
**MÉDICA CIRUJANA**

Y le expide el presente diploma. En testimonio de ello, se refrenda con las firmas y registro respectivos

*Clinto Rojas*  
Rector

*Fernando Díaz Corrao*  
Secretario General



# La Universidad de Caldas

en atención a que

**MARIA ALEJANDRA ORDOÑEZ MARTINEZ**

C.C. No. 1053771144 de MANIZALES

ha cumplido los requisitos que los estatutos exigen, le confiere el título de

**ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA**

y le expide el presente diploma. En testimonio de ello,  
se refrenda con las firmas y registros respectivos

  
\_\_\_\_\_  
Rectoría

  
\_\_\_\_\_  
Secretaría General

Manizales, 10 de Octubre de 2019

Oficina de Registro Académico Folio 104/071 del Libro No 4

No 47207

Acta Individual de Grado  
Colegio Integrado "Sagrado Corazón de Jesús"  
Hermanas Bethlemitas  
El Tambo, Nariño

DANE 152260000190  
ICFES 011585  
Inscripción S.E. 120222101

En la ciudad de El Tambo, Nariño, a los 6 días del mes de Julio del año 2002,  
se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último  
grado las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría del

**Colegio Integrado "Sagrado Corazón de Jesús"**

Institución aprobada en el nivel de Educación Media Vocacional y  
autorizada por el Gobierno Departamental,  
para otorgar el Título de  
**BACHILLER ACADÉMICO**  
según Resolución No. 1949 del 1o. de octubre de 2001.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos  
que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de  
Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el Título de

**Bachiller Académico**

al graduando cuyos nombre, apellidos y número del documento de identificación  
se relacionan a continuación

**María Alejandra Ordóñez Martínez**

Identificada con T.I. No. 860512-55390 de El Tambo (N)

Es fiel copia tomada del Acta General No. 35 de fecha 6 de Julio de 2002,  
que consta de Sesenta ( 60 ) alumnos que comienza con el nombre de

Edison Andrés Acosta Zamora y se cierra con el nombre de Jony Alejandro Zamora Gómez

Firmada y sellada por Hna. MARINA STELLA OSORIO GUIRAL (Rectora)  
y BARBARA LUCÍA MOLINA URBANO (Secretaria)

En El Tambo, Nariño, a los 6 días del mes de Julio del año 2002.

Firmada y Sellada

LIBRO No. 1  
FOLIO No. 401  
ACTA No. 35



*Marina Stella Osorio Guiral*  
Hna. MARINA STELLA OSORIO GUIRAL  
C.C. No. 24.382.590 de Anserma (C.)  
Rectora

*Lucía Molina Urbano*  
BARBARA LUCÍA MOLINA URBANO  
C.C. No. 27.295.228 de La Unión (N)  
Secretaria





REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

## LA UNIVERSIDAD DE CALDAS

Promoción Bicentenario de la Independencia  
de Colombia 1810 - 2010

ACTA DE GRADO No. 3348    SESIÓN DE GRADO No. 2

Facultad de CIENCIAS PARA LA SALUD

Fecha Viernes, 30 de Abril de 2010

En ceremonia presidida por el Rector **Ricardo Gómez Giraldo** y el Secretario General **Fernando Duque García**, la UNIVERSIDAD DE CALDAS, en nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional, le confirió el título profesional de **MÉDICA CIRUJANA**, al exalumno(a) **MARÍA ALEJANDRA ORDÓÑEZ MARTÍNEZ** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **1053771144** de **MANIZALES** quien acreditó en debida forma el título de bachiller, expedido por el Colegio **INTEGRADO SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS** de **EL TAMBO - NARIÑO** en el año 2002 cumpliendo así con todos los requisitos legales de conformidad con la Resolución de Decanatura No. **26** del **Viernes, 19 de Marzo de 2010** y previo el juramento prestado, mediante el cual el graduando se comprometió a cumplir fiel y lealmente la Constitución y las Leyes de la República de Colombia y a ejercer los deberes de su profesión con estricta sujeción a la ética.

Para optar al título cumplió con los siguientes requisitos académicos:

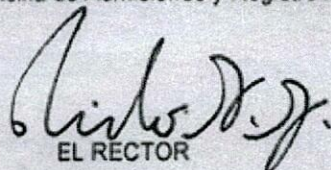
**CUMPLIÓ CON LA TOTALIDAD DEL PLAN DE ESTUDIOS Y REQUISITOS EXIGIDOS POR LA FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD - PROGRAMA DE MEDICINA.**

El Rector hizo entrega del diploma y de las Actas de Grado que lo acreditan y habilitan para el ejercicio de la profesión de **MÉDICA CIRUJANA**.

Para su constancia se firma en la ciudad de Manizales hoy Viernes, 30 de Abril de 2010

Oficina de Admisiones y Registro Académico, Folio 47/1269

Del Libro de Registro No. 4

  
EL RECTOR

  
EL SECRETARIO GENERAL



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

## LA UNIVERSIDAD DE CALDAS

ACTA DE GRADO No. 114

SESIÓN DE GRADO No. 53

Facultad de CIENCIAS PARA LA SALUD

Fecha jueves, 10 de octubre de 2019

En ceremonia presidida por el Rector **Alejandro Ceballos Márquez** y la Secretaria General de la Universidad, **(E) Carolina López Sánchez**, la UNIVERSIDAD DE CALDAS, en nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional, le confirió el título de **ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA**, al exalumno(a) **MARIA ALEJANDRA ORDOÑEZ MARTINEZ** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **1053771144** de **MANIZALES**, quien acreditó en debida forma su título profesional, expedido por **LA UNIVERSIDAD DE CALDAS** de **MANIZALES** en el año **2010**, cumpliendo así con todos los requisitos legales y reglamentarios de conformidad con la Resolución de Decanatura No. 278 del viernes, 20 de septiembre de 2019 y previo el juramento prestado, mediante el cual el graduando se comprometió a cumplir fiel y lealmente la Constitución y las Leyes de la República de Colombia.

Para optar al título cumplió con los siguientes requisitos académicos:

**TRABAJO FINAL DE ESPECIALIZACIÓN: "TAMIZACIÓN DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS A TRAVÉS DE PULSIOXIMETRÍA EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE MANIZALES EN EL AÑO 2018". CALIFICACIÓN: APROBADO.**

El Rector hizo entrega del Diploma y del Acta de Grado que la acreditan como **ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA**.

Para su constancia se firma en la ciudad de Manizales hoy jueves, 10 de octubre de 2019

Oficina de Admisiones y Registro Académico, Folio **104/071** del libro de registro No. 4

**A. Ceballos M.**  
RECTORÍA

  
SECRETARÍA GENERAL

## SOLICITUD VERIFICACION ACTA DE GRADO

Desde DECAL UPRES-DCL <decal.upres-dcl@policia.gov.co>

Fecha Vie 22/05/2026 8:33 AM

Para CERTIFICADOS OFICINA DE REGISTRO ACADEMICO <certificados.registro@ucaldas.edu.co>

📎 1 archivo adjunto (37 KB)

ESCANEAO DIRECCION [Untitled] 20260522 085951.pdf;

Dios y patria buenos días, de manera atenta y respetuosa me permito solicitar tenga a bien indicar la veracidad de la certificación académica en archivo anexo, la cual fue proporcionada por la señora MARIA ALEJANDRA ORDOÑEZ MARTINEZ, identificada con cedula de ciudadanía 1.053.771.144, así mismo si cumplió con los requisitos para adquirir el título de MEDICA PEDIATRA

Lo anterior teniendo en cuenta que el profesional se presentó a un proceso de selección en la Unidad Prestadora de Salud Caldas Clínica de la Policía de la ciudad de Manizales (Colombia) y para nosotros es importante contar con profesionales de la salud capacitados y con vocación para la prestación del servicio de atención en salud a nuestros usuarios; así mismo que el mismo no incumpla con los requisitos establecidos por Ley y lo establecido por la Dirección de Sanidad.

Agradezco la atención prestada a la presente solicitud y esperando una pronta respuesta ante la misma.

Atentamente,



Teniente

**LINA MARÍA GARCÍA LEÓN**

Jefe Establecimiento Complementario De Atención En Salud ESPCO  
3505589860

**POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA**

Unidad Prestadora de Salud Caldas

El contenido de este mensaje y sus anexos es propiedad de la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA son únicamente para el uso del destinatario y puede contener información de uso privilegiado o confidencial que no es de carácter público. Si usted no es el destinatario intencional, se le informa que cualquier uso, difusión, distribución o copiado de esta comunicación está terminantemente prohibido. Cualquier revisión, retransmisión, disseminación o uso del mismo, así como cualquier acción que se tome al respecto a la información contenida, por personas o entidades diferentes al propósito original de la misma es ilegal.



VICERRECTORÍA  
ACADÉMICA

Universidad de Caldas, ente Universitario Autónomo del orden nacional, vinculada al Ministerio de Educación Nacional y creada por la Ordenanza N.º 06 de mayo 24 de 1943 expedida por la Asamblea Departamental de Caldas y nacionalizada conforme a la Ley 34 de 1967

Certificado Académico

**EL JEFE DE LA OFICINA DE ADMISIONES Y REGISTRO ACADÉMICO**

**CERTIFICA**

Que **MARIA ALEJANDRA ORDOÑEZ MARTINEZ** con Cédula de Ciudadanía No. 1053771144 expedida en MANIZALES, cursó y aprobó los estudios correspondientes al programa de ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA, adscrito a la Facultad de CIENCIAS PARA LA SALUD y obtuvo el título de ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA según Acta No. 114 del 10/10/19, anotado al Folio 104/071, Libro de Registro No.4.

Que los Programas de la Universidad de Caldas, son válidos para aspirar a la realización de estudios de posgrado (Maestría, Doctorado) en Colombia y en el exterior.

Manizales, 07 de mayo de 2026.

**PAULA MARCELA RESTREPO LÓPEZ**  
Jefe

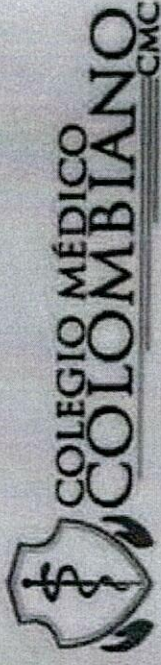


**Tejiendo  
Universidad**

Autoevaluación Institucional 2018 - 2026



La salud  
es de todos



IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

MARIA ALEJANDRA ORDOÑOZ  
MARTINEZ  
C.C. 1053771144



MEDICO  
Universidad de Caldas

Manizales

Grado: 30/04/2010  
Rethus: 24/06/2011

ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA



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) **MARIA ALEJANDRA ORDOÑEZ MARTINEZ** identificado(a) con CC 1053771144 registra La siguiente información:

2026-05-22-8:35:45 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2011-06-24	16659	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA	2019-10-10	56749	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA CALDAS SUPÍA	2010-05-25	2011-05-25	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

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



# Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C105377114400322956

Código de verificación

**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) **MARIA ALEJANDRA ORDOÑEZ MARTINEZ**, identificado(a) con C.C. No. 1053771144 y T.P. o R.M. No. 1053771144 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/](http://www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/)

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el jueves 21 mayo 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

  
**HERMAN REDONDO GÓMEZ**  
Presidente



Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.

E-Mail [antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org](mailto:antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org), [www.tribunalnacionaldeeticamedica.org](http://www.tribunalnacionaldeeticamedica.org)

[antecedentestribunal@outlook.com](mailto:antecedentestribunal@outlook.com)



HIU-ETR-30

Manizales, 07 de mayo de 2020

**LA SUSCRITA DIRECTORA DE GESTION HUMANA  
DE LA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CALDAS  
HOSPITAL INFANTIL**

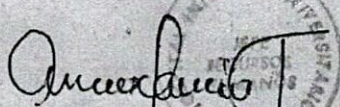
**HACE CONSTAR**

Que **MARIA ALBAISOLA GONZALEZ MARTINEZ** identificada con documento de identidad No 1.053.771.141, presta sus servicios en **LA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CALDAS** propietaria del **HOSPITAL INFANTIL "RAFAEL TORO HENAO"** desde el 01 de octubre de 2019, en calidad de **FEDiATRA..**

Con un promedio por concepto de Prestación de Servicios de \$ 13.986.846

Lo anterior se expide a solicitud del interesado.

Atentamente,

  
**ANA MARIA JARAMILLO**  
Directora Gestión humana

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

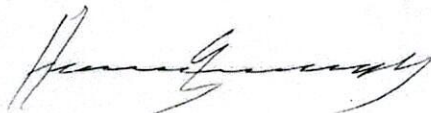
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 25 de mayo de 2026, a las 14:27:33, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1053771144
Código de Verificación	1053771144260525142732

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 Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 04:20:28 PM horas del 21/05/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1053771144

Apellidos y Nombres: **ORDÓÑEZ MARTINEZ MARIA ALEJANDRA**

**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.

[Volver al Inicio](#)

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES**  
**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 296392227**



PIB  
16:24:48  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 21 de mayo 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) MARIA ALEJANDRA ORDOÑEZ MARTINEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1053771144:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

**ATENCIÓN :**

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

División de Relacionamento con el Ciudadano.





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, 21/05/2026 04:26:37 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1053771144** y Nombre: **MARIA ALEJANDRA ORDOÑEZ MARTINEZ.**

### 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. **140609626** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Búsqueda

Imprimir

Información

515 9000



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



## 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 16:28:56 horas del 21/05/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1053771144**, Apellidos y Nombres **ORDOÑEZ MARTINEZ MARIA ALEJANDRA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **MARIA ALEJANDRA ORDOÑEZ MARTINEZ**, con NIT **105377114-4** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>



## 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 1053771144 **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 21/05/2026 04:32 PM



Código Verificación: **VLQ61Z3UAT**

Válida hasta: **19/08/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

**Autorización para el tratamiento de datos personales  
Contratación de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la  
gestión**

Yo, María Alejandra Ordoñez Martínez identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1053.771.144 expedida en Manizales, por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la POLICÍA METROPOLITANA DE MANIZALES- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CALDAS, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la contratación de prestación de servicios de la Entidad.

Igualmente, manifiesto que de conformidad con el artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, autorizo expresamente a la POLICÍA METROPOLITANA DE MANIZALES- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CALDAS a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico institucional que se me llegare asignar una vez inicié la ejecución contractual o al registrado por el suscrito en la herramienta SECOP II.

Por lo anterior, autorizo y acepto recibir notificaciones a través de medios electrónicos. De igual manera manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Firma: Alejandra Ordoñez (del titular)  
Nombre: María Alejandra Ordoñez Martínez  
Identificación: 1053771144 (del titular)  
Fecha: 07.05.2026 (Fecha en que se puso de presente al titular la autorización y entregó sus datos)

# CURSO 50 HORAS

Decreto 1072 de 2015  
Artículo 2.2.4.6.35

REGISTRO: RCO-026



MINISTERIO DEL TRABAJO

Escuela  
**Unipymes**

## Fundación Unipymes

Hace constar que:

**MARIA ALEJANDRA MARTINEZ**

Número de Documento: 1053771144

Aprobó la capacitación de Curso 50 Horas - SG-SST

Fecha de Certificación: 2024-02-01

Intensidad Horaria: 50 horas

RCO-026 (Oferente MinTrabajo)

María Mercedes López - Directora Académica





**Función Pública**

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

**Función Pública certifica que:**

**MARIA ALEJANDRA ORDOÑO MARTINEZ**

C.C 1.053.771.144

Participó y completó el curso virtual:

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 26 de mayo 2025

**Aura Isabel Mora**

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 767613510000

INTEGRIDAD  
- P. PÚBLICA



**EDUMÉDICAL**

EDUCACIÓN & CIENCIAS DE LA SALUD

EDUMÉDICAL CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN SALUD S.A.S.  
MATRÍCULA No. 878.916

**Certifica**

LA PARTICIPACIÓN DE:

**MARIA ALEJANDRA ORDOÑEZ MARTINEZ**

Con número de identificación No. 1053771144

Ha superado los requerimientos correspondientes al Curso - Taller:

**Atención humanizada en los servicios de salud**

con una intensidad horaria de 40 hora de academia


Edumédical Centro Internacional de Entrenamiento en Salud S.A.S.  
con Matrícula No. 878.916 - NIT. 901.763.353-7

*Daniel Bueno*

**Daniel Elias Bueno Florez**  
Dirección general  
Edumédical Centro Internacional de Entrenamiento en Salud S.A.S.  
NIT. 901.763.353-7

FECHA: 29/05/2025  
VIGENCIA: 2 años  
PROFESIÓN: Médico  
CÓDIGO: b7fba05d5bb23ada



Página 1 de 2	DIRECCIONAMIENTO TECNOLÓGICO	 POLICÍA NACIONAL
Código: 1DT-FR-0016		
Fecha: 28-12-2017	DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACION CONTRATISTAS O TERCEROS	
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, Maria Alejandra Ochoa Martínez identificado con la cedula de ciudadanía No. 1053771144 con domicilio en Manizales de la empresa \_\_\_\_\_, cargo Pediatra, 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 inicio 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

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

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 Amirales, a los Siete (7) días del mes de Mayo del año 2026.

**EL CONTRATISTA O TERCERO**

Firma:  
 Post-Firma:  
 Identificación:  
 Empresa:  
 Cargo:

Alejandra Ordóñez  
Alejandra Ordóñez O.  
1053771194  
Pediatría

MANIZALES, 07 de Mayo 2026

Coronel  
Comandante Policía Metropolitana de Manizales  
Manizales

ASUNTO: DECLARACIONES DEL CONTRATISTA EN RELACIÓN CON LOS APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL

Artículo 3.2.7.5 Reporte de Información.

EN MI CALIDAD DE OFERENTE DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION DE LA POLICIA METROPOLITANA DE MANIZALES, ME PERMITO DECLARAR LO SIGUIENTE

- 1) Ostento la calidad de pensionado o cumplo requisitos para pensión o por disposiciones legales no está obligado a cotizar a pensiones si ( ) no (X)
- 2) Cotizo por otros ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, mesadas pensionales, independiente por cuenta propia u otros contratos, indicando el ingreso base de cotización (IBC) de cada uno de ellos  
si ( ), no ( )

En caso afirmativo: especifique a que obedece este (tos) ingreso y el ingreso base de Cotización de cada uno de ellos:

---

- 3) La totalidad de mis ingresos suman más de 4 salarios mínimos mensuales vigentes si (X) no ( ), producto de otros ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, independiente por cuenta propia u otros contratos. Si existe la obligación de realizar la retención de aportes al fondo de solidaridad pensional (FSP) la entidad contratante realizara el aporte al FSP sobre el IBC del respectivo contrato.
- 4) Cotizo por el límite máximo de 25 SMMLV si ( ) no ( )
- 5) El ingreso sobre el cual se deba aplicar la retención, si decide efectuar aportes por un ingreso base de cotización superior al 40%. no. (X) deseo realizar solo el aporte mínimo legal.; o si ( ), deseo que el IBC sea del \_\_\_\_\_ % sobre mis honorarios mensuales
- 6) Pertenezco a un régimen de excepción si ( ) no (X). En caso positivo, sus ingresos por salud irán al ADRES.
- 7) Deseo realizar aportes a la unidad de pago por capitación (UPC adicional si ( ), no (X)
- 8) Si se efectuó traslado a alguna de las entidades administradoras del sistema de seguridad social integral, o caja de compensación familiar si ( ), no ( ), este reporte se debe realizar cada vez que se produzca una novedad

En constancia de lo anterior me suscribo:

Firma: Alexandra Ochoa el  
Nombre: Alexandra Ochoa elartinez  
Cedula: 1053771144



## CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

[María Alejandra Ordóñez Martínez ], identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesto que:

1. No tengo la calidad de comerciante.
2. No ejerzo de manera habitual actos de comercio.

En consecuencia, no me encuentro obligado a llevar libros de contabilidad de acuerdo con lo contemplado en el artículo 48 del Código de Comercio.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días 7 del mes de 5 de 2026

Alejandra Ordóñez el.

Firma del proveedor persona natural no obligado a llevar libros de contabilidad

Nombre: María Alejandra Ordóñez Martínez.

Documento de Identidad: 1053.771.144





Manizales, 07 de MAYO de 2026

Señor  
Comandante Policía Metropolitana de Manizales  
Ciudad

Asunto: Informe Final Ejecución Contrato. N° 91-7-20111-25

Por medio de la presente y de manera respetuosa me dirijo al señor Coronel, con el fin de presentar el informe final de la ejecución del contrato de la referencia.

**INFORME FINAL DE EJECUCIÓN CONTRATO No. N° 91-7-20111-25**

CONTRATISTA	MARIA ALEJANDRA ORDOÑEZ MARTINEZ
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS COMO MEDICO PEDIATRA EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CALDAS
VALOR	<b>VALOR TOTAL CONTRATO: \$ 118.796.756,00</b>
PLAZO	11 MESES Y 25 DIAS
FECHA DE INICIO	02 DE JULIO DE 2025
FECHA DE TERMINACION	27 DE JUNIO DE 2026
ESTADO	VIGENTE

**DE 02 DE JULIO A AGOSTO DE 2025 CADA MES DE LA SIGUIENTE MANERA**

ACTIVIDADES ASISTENCIALES	ACTIVIDAD ESPECIFICA	HORA MES	CANTIDAD MES	ENUNCIE LAS ACTIVIDADES
URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN	CONSULTA - EVOLUCION DIARIA - PROCEDIMIENTO	95	95	ATENCIÓN Y EVOLUCIÓN PACIENTES
CONSULTA MÉDICA PROGRAMADA	CONSULTA MÉDICA			ATENCIÓN DE PACIENTES DE SEGUIMIENTO DE PATOLOGIAS CRÓNICAS, INTERPRETACIÓN DE EXÁMENES, FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO
<b>TOTAL</b>		95	95	

**DE AGOSTO A SEPTIEMBRE DE 2025 CADA MES DE LA SIGUIENTE MANERA**

ACTIVIDADES ASISTENCIALES	ACTIVIDAD ESPECIFICA	HORA MES	CANTIDAD MES	ENUNCIE LAS ACTIVIDADES
URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN	CONSULTA - EVOLUCION DIARIA - PROCEDIMIENTO	95	95	ATENCIÓN Y EVOLUCIÓN PACIENTES
CONSULTA MÉDICA PROGRAMADA	CONSULTA MÉDICA			ATENCIÓN DE PACIENTES DE SEGUIMIENTO DE PATOLOGIAS CRÓNICAS, INTERPRETACIÓN DE EXÁMENES, FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO
<b>TOTAL</b>		95	95	

**DE SEPTIEMBRE A OCTUBRE DE 2025 CADA MES DE LA SIGUIENTE MANERA**

ACTIVIDADES ASISTENCIALES	ACTIVIDAD ESPECIFICA	HORA MES	CANTIDAD MES	ENUNCIE LAS ACTIVIDADES
URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN	CONSULTA - EVOLUCION DIARIA - PROCEDIMIENTO	95	95	ATENCIÓN Y EVOLUCIÓN PACIENTES
CONSULTA MÉDICA PROGRAMADA	CONSULTA MÉDICA			ATENCIÓN DE PACIENTES DE SEGUIMIENTO DE PATOLOGIAS CRÓNICAS, INTERPRETACIÓN DE EXÁMENES, FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO
<b>TOTAL</b>		95	95	

**DE OCTUBRE A NOVIEMBRE DE 2025 CADA MES DE LA SIGUIENTE MANERA**

ACTIVIDADES ASISTENCIALES	ACTIVIDAD ESPECIFICA	HORA MES	CANTIDAD MES	ENUNCIE LAS ACTIVIDADES
URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN	CONSULTA - EVOLUCION DIARIA - PROCEDIMIENTO	95	95	ATENCIÓN Y EVOLUCIÓN PACIENTES

CONSULTA MÉDICA PROGRAMADA	CONSULTA MÉDICA			ATENCIÓN DE PACIENTES DE SEGUIMIENTO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS, INTERPRETACIÓN DE EXÁMENES, FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO
TOTAL		95	95	

DE NOVIEMBRE A DICIEMBRE DE 2025 CADA MES DE LA SIGUIENTE MANERA				
ACTIVIDADES ASISTENCIALES	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	HORA MES	CANTIDAD MES	ENUNCIE LAS ACTIVIDADES
URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN	CONSULTA - EVOLUCION DIARIA - PROCEDIMIENTO	95	95	ATENCIÓN Y EVOLUCIÓN PACIENTES
CONSULTA MÉDICA PROGRAMADA	CONSULTA MÉDICA			ATENCIÓN DE PACIENTES DE SEGUIMIENTO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS, INTERPRETACIÓN DE EXÁMENES, FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO
TOTAL		95	95	

DE ENERO A FEBRERO DE 2026 CADA MES DE LA SIGUIENTE MANERA				
ACTIVIDADES ASISTENCIALES	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	HORA MES	CANTIDAD MES	ENUNCIE LAS ACTIVIDADES
URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN	CONSULTA - EVOLUCION DIARIA - PROCEDIMIENTO	95	95	ATENCIÓN Y EVOLUCIÓN PACIENTES
CONSULTA MÉDICA PROGRAMADA	CONSULTA MÉDICA			ATENCIÓN DE PACIENTES DE SEGUIMIENTO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS, INTERPRETACIÓN DE EXÁMENES, FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO
TOTAL		95	95	

DE FEBRERO A MARZO DE 2026 CADA MES DE LA SIGUIENTE MANERA				
ACTIVIDADES ASISTENCIALES	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	HORA MES	CANTIDAD MES	ENUNCIE LAS ACTIVIDADES
URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN	CONSULTA - EVOLUCION DIARIA - PROCEDIMIENTO	95	95	ATENCIÓN Y EVOLUCIÓN PACIENTES
CONSULTA MÉDICA PROGRAMADA	CONSULTA MÉDICA			ATENCIÓN DE PACIENTES DE SEGUIMIENTO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS, INTERPRETACIÓN DE EXÁMENES, FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO
TOTAL		95	95	

DE MARZO A ABRIL DE 2026 CADA MES DE LA SIGUIENTE MANERA				
ACTIVIDADES ASISTENCIALES	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	HORA MES	CANTIDAD MES	ENUNCIE LAS ACTIVIDADES
URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN	CONSULTA - EVOLUCION DIARIA - PROCEDIMIENTO	95	95	ATENCIÓN Y EVOLUCIÓN PACIENTES
CONSULTA MÉDICA PROGRAMADA	CONSULTA MÉDICA			ATENCIÓN DE PACIENTES DE SEGUIMIENTO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS, INTERPRETACIÓN DE EXÁMENES, FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO
TOTAL		95	95	

DE ABRIL A MAYO DE 2026 CADA MES DE LA SIGUIENTE MANERA				
ACTIVIDADES ASISTENCIALES	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	HORA MES	CANTIDAD MES	ENUNCIE LAS ACTIVIDADES
URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN	CONSULTA - EVOLUCION DIARIA - PROCEDIMIENTO	95	95	ATENCIÓN Y EVOLUCIÓN PACIENTES
CONSULTA MÉDICA PROGRAMADA	CONSULTA MÉDICA			ATENCIÓN DE PACIENTES DE SEGUIMIENTO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS, INTERPRETACIÓN DE EXÁMENES, FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO
TOTAL		95	95	

DE MAYO A JUNIO 27 DE 2026 CADA MES DE LA SIGUIENTE MANERA				
ACTIVIDADES ASISTENCIALES	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	HORA MES	CANTIDAD MES	ENUNCIE LAS ACTIVIDADES
URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN	CONSULTA - EVOLUCION DIARIA - PROCEDIMIENTO	95	95	ATENCIÓN Y EVOLUCIÓN PACIENTES
CONSULTA MÉDICA PROGRAMADA	CONSULTA MÉDICA			ATENCIÓN DE PACIENTES DE SEGUIMIENTO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS, INTERPRETACIÓN DE EXÁMENES, FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO
TOTAL		95	95	

Las actividades durante el contrato fueron desarrolladas en las áreas referidas anteriormente para un total de 95 horas mensuales y 22 horas semanales, pago de parafiscales presentados mensual y oportunamente.

*Alejandra Ordoñez el*

**MARIA ALEJANDRA ORDOÑEZ MARTINEZ**  
Médico Pediatra



Otorga el siguiente

# CERTIFICADO

MARIA ALEJANDRA ORDOÑEZ MARTINEZ

C.C 1053771144

Por haber aprobado satisfactoriamente el curso de **PALS - Soporte Vital Avanzado Pediátrico**, realizado en modalidad teórico práctica bajo metodología Mastery Learning, con un total de **48 horas** de educación continua. Esta certificación es válida por dos (2) años según la resolución 3100 de 2019.

Para constancia se firma en la ciudad de Manizales el 16 de Junio del 2025.



**FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA**  
Miembro de la Asociación Médica Mundial

Sebastian Alba Ospina, MD - Director Ejecutivo Revive E.M.I  
MBA Universidad de EAFIT - Máster Health And Medical Simulator  
Instructor American Heart Association - CEO Infusiones



POLITECNICO DE  
**SURAMERICA**  
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 095768  
del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín,  
Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

**MARIA ALEJANDRA ORDOÑEZ MARTINEZ**

Con Documento de Identidad No 1053771144  
CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

**ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON  
AGENTES QUÍMICOS**

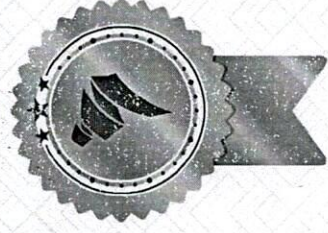
Con una intensidad horaria de ciento veintete (120) horas

Medellin - 12 de Mayo de 2026 a 26 de Mayo de 2026  
Registrado en el Libro de Actas No 002026052633979

Codigo de seguridad ec2d9ab6-2bb0-4e86-87c5-71061368a605

**Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda**  
[www.polisura.edu.co](http://www.polisura.edu.co)

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo  
[matriculas@polisura.edu.co](mailto:matriculas@polisura.edu.co) indicando el N° de acta con el cual se registra





Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768 del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

**MARIA ALEJANDRA ORDOÑEZ MARTINEZ**

Con Documento de Identidad No 1053771144  
CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

**ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA  
SEXUAL-AVVS**

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

Medellin - 11 de Mayo de 2026 a 25 de Mayo de 2026  
Registrado en el Libro de Actas No 002026052533882

Codigo de seguridad ee2f3b02-4651-40c8-accdd-412b767009aa

Rector - **Daniel Mauricio Trejos Castañeda**  
[www.polisura.edu.co](http://www.polisura.edu.co)

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo [matriculas@polisura.edu.co](mailto:matriculas@polisura.edu.co) indicando el N° de acta con el cual se registra





P O L I T E C N I C O D E <sup>®</sup>  
**SURAMERICA**  
E D U C A C I Ó N C E R T I F I C A D A

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768 del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

**MARIA ALEJANDRA ORDOÑEZ MARTINEZ**

Con Documento de Identidad No 1053771144  
CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

**ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A  
VÍCTIMAS PAPSIVI**

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

Medellín - 24 de Febrero de 2026 a 10 de Marzo de 2026  
Registrado en el Libro de Actas No 002026031027967

Codigo de seguridad 7c011491106a6-46cb-b5dc-977b68d74088

**Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda**  
[www.polisura.edu.co](http://www.polisura.edu.co)

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo [matriculas@polisura.edu.co](mailto:matriculas@polisura.edu.co) indicando el N° de acta con el cual se registra





POLITECNICO DE  
**SURAMERICA**<sup>®</sup>  
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768  
del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín,  
Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

**MARIA ALEJANDRA ORDOÑEZ MARTINEZ**

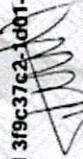
Con Documento de Identidad No 1053771144  
CURSO Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

**CUIDADOS PALIATIVOS**

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

Medellin - 8 de Mayo de 2026 a 22 de Mayo de 2026  
Registrado en el Libro de Actas No 002026052233729

Codigo de seguridad 3f9c37c2-1d01-4660-a3d8-444de647bd02

  
Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda  
[www.polisura.edu.co](http://www.polisura.edu.co)

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo  
[matriculas@polisura.edu.co](mailto:matriculas@polisura.edu.co) indicando el N° de acta con el cual se registra

