	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO			
	"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
	TIPO DE DOCUMENTO:	NOMBRE		AREA O PROCESO QUE LO GENERA:
	FORMATO	LISTA DE CHEQUEO HOJA DE VIDA Y CONTRATACION - PERSONAL ASISTENCIAL		GESTION DE TALENTO HUMANO
	CÓDIGO:	VERSION	FECHA ELABORACION	PAGINA
A-TH-F-004-01	1	9/03/2023	1 de 1	

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE COMPLETO: Betsy Dayana Chacoli Pinzou D.I: \_\_\_\_\_

CARPETA	NO.	DOCUMENTO	PER. I.	RESPONSABLE	VERIFICACION	
					SI	N/A
CONTRATACION	1	CERTIFICADO DE INEXISTENCIA DE PERSONAL		HOSPITAL		
	2	CDP		HOSPITAL		
	3	ESTUDIO PREVIO		HOSPITAL		
	4	INVITACION POSIBLE CONTRATISTA		HOSPITAL		
	5	PROPUESTA DE OFERTA DE SERVICIOS ✓		CONTRATISTA	✓	
	6	FORMATO DE ENTREVISTA DEL SUPERVISOR		HOSPITAL		
	7	CERTIFICADO DE APROBACION DE LA PROPUESTA		HOSPITAL		
HOJA DE VIDA	1	CONSENTIMIENTO INFORMADO HOJA DE VIDA		HOSPITAL		
	2	FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA - FUNCION PUBLICA ✓		CONTRATISTA	✓	
	3	DOCUMENTO DE IDENTIDAD ✓		CONTRATISTA	✓	
	4	FORMULARIO DE BIENES Y RENTAS APLICATIVO LEY 2013 DE 2019: <a href="https://www.funcionpublica.gov.co/rd/c/login/auth?opcionDestino=LEY2012">https://www.funcionpublica.gov.co/rd/c/login/auth?opcionDestino=LEY2012</a> ✓		CONTRATISTA	✓	
	5	CERTIFICADO DE CAMARA DE COMERCIO (No mayor a un mes - persona jurídica y natural con establecimiento) X		CONTRATISTA		
	6	RUT ACTUALIZADO ✓		CONTRATISTA	✓	
	7	CERTIFICADO EXPERIENCIA (dos ultimas) ✓		CONTRATISTA	✓	
FORMACION ACADEMICA	1	TARJETA PROFESIONAL ✓		CONTRATISTA	✓	
	2	DIPLOMA POSGRADO, MAESTRIA, DOCTORADO		CONTRATISTA		
	3	ACTA DE GRADO POSGRADO, MAESTRIA, DOCTORADO		CONTRATISTA		
	4	DIPLOMA PREGRADO, TECNICO, TECNOLOGO O AUXILIAR		CONTRATISTA	✓	
	5	ACTA DE GRADO PREGRADO, TECNICO, TECNOLOGO O AUXILIAR ✓		CONTRATISTA	✓	
	6	DIPLOMA DE BACHILLER ✓		CONTRATISTA	✓	
	7	ACTA DE GRADO DE BACHILLER ✓		CONTRATISTA	✓	
	8	FORMATO AUTORIZACION DE VERIFICACION DE TITULOS		HOSPITAL	✓	
	9	VALIDACION DE TITULOS (RESPUESTA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)		HOSPITAL		
	10	CONVALIDACION DE TITULOS EN EL EXTERIOR		HOSPITAL		
	11	RETHUS ✓		CONTRATISTA		
	12	CER. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA (Resolucion) ✓		CONTRATISTA		
TODOS EL TALENTO HUMANO EN SALUD						
	1	CERTIFICADO EN ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL ✓		CONTRATISTA	✓	
	2	CURSO GESTION DEL DUELO ✓		CONTRATISTA	✓	
	3	CURSO DE AGENTES QUIMICOS ✓		CONTRATISTA	✓	
	4	CURSO DE HUMANIZACION ✓		CONTRATISTA	✓	
TALENTO HUMANO - OTROS						
OTROS TITULOS (RES 3100)	1	CURSO CUIDADO DEL DONANTE DE ORGANOS		CONTRATISTA		
	2	CURSO VIH		CONTRATISTA		
	3	SOPORTE VITAL AVANZADO (MEDICO GENERAL)		CONTRATISTA		
	4	MEDICINA GENERAL Y ESPECIALISTAS		CONTRATISTA		
	5	CURSO DE SEDACION GRADO I		CONTRATISTA		
	6	CURSO DE SEDACION GRADO II		CONTRATISTA		
	7	CERTIFICACION DE IVE SENTENCIA 355		CONTRATISTA		
	8	MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO A FIN DE GENERAR PLANES DE CUIDADO		CONTRATISTA		
	9	EVALUACION DE COMPETENCIAS PARA EL CUIDADO DEL DONANTE		CONTRATISTA		
	10	CERTIFICADO DE MANEJO DE LA TECNOLOGIA UTILIZADA		CONTRATISTA		
ANTECEDENTES (Actuales)	1	OTROS CURSOS, DIPLOMADOS, (Otros estudios anexos a su formación académica)		CONTRATISTA		
	1	CER. ANTECEDENTES PROCURADURIA		CONTRATISTA	✓	
	2	CER. ANTECEDENTES CONTRALORIA ✓		CONTRATISTA	✓	
	3	CER. MEDIDAS CORRECTIVAS (Policia) ✓		CONTRATISTA	✓	
	4	CER. ANTECEDENTES JUDICIALES (Policia) ✓		CONTRATISTA	✓	
	5	CER. ANTECEDENTES DELITOS DE VIOLENCIA SEXUAL ✓		CONTRATISTA	✓	
VACUNAS, POLIZAS, AFILIACIONES, ENTRE OTROS	6	CER. REDAM (Registro de Deudores Alimentarios Morosos) ✓		CONTRATISTA	✓	
	1	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ✓		CONTRATISTA	✓	
	2	EXAMEN MEDICO PERIODICO (Tercerizados cada 6 meses / personal OPS cada 2 años)		CONTRATISTA O EMPLEADOR		
	3	CARNE DE VACUNA SARS-COV-2 ✓		CONTRATISTA	✓	
	4	CARNET DE VACUNACION (Hepatitis b, Toxide tetanico, Influenza) ✓		CONTRATISTA	✓	
	5	CERTIFICADO AFILIACION A SALUD ✓		CONTRATISTA	✓	
	6	CERTIFICADO AFILIACION A PENSION ✓		CONTRATISTA	✓	
	7	CERTIFICADO AFILIACION ARL ✓		HOSPITAL	✓	
	8	CERTIFICADO BANCARIO (No mayor a 30 dias)		CONTRATISTA		
9	VERIFICACION INDUCCION - REINDUCCION		HOSPITAL			
CONTRATACION	1	CERTIFICADO DE IDONEIDAD - GERENTE		HOSPITAL		
	2	MINUTA DE CONTRATO		HOSPITAL		
	3	REGISTRO PRESUPUESTAL		HOSPITAL		
	4	POLIZAS (si aplica)		HOSPITAL		
	5	ACEPTACION DE LAS POLIZAS (si aplica)		HOSPITAL		
	6	ACTA DE INICIO		HOSPITAL		
	7	SOPORTE PAGOS		CONTRATISTA Y HOSPITAL		
	8	ACTA DE LIBERACION		HOSPITAL		

VERIFICACION Y REGISTRO DE LA INFORMACION

Vb. Recibido Talento Humano: \_\_\_\_\_ 1ras Corre: clones en documentos: \_\_\_\_\_

2das Correcciones en documentos: \_\_\_\_\_ 3ras Corre: clones en documentos: \_\_\_\_\_

Vb. Afiliación ARL: \_\_\_\_\_ Vb. Recibido Contratación: \_\_\_\_\_



Funza Cundinamarca 2 Junio 2026

Doctora

**Julia Isabel Muelle Plazas**

Gerente

E.S.E. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes

Funza Cundinamarca

Ref.: Presentación propuesta de servicios de Apoyo a la gestión de la E.S.E.

Yo, **BETSEY DAYANA CHACÓN PINZÓN**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1005198867 expedida en Mosquera, Cundinamarca, me permito presentar propuesta para prestar mis servicios, cuyos datos describo a continuación, manifestando que acepto las condiciones pactadas en el contrato a suscribir entre las dos partes como Contratista Independiente; así mismo manifiesto que las actividades a realizar las puedo ejecutar en el tiempo acordado con el Hospital.

**OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIOLOGO (A) CON DESTINO A LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA Y LOS PUESTOS DE SALUD HATO Y SIETE TROJES**

**ACTIVIDADES A REALIZAR:**

1. Prestar sus servicios como bacterióloga en el Laboratorio Clínico en forma oportuna, con calidad, racionalidad, técnica, eficacia, eficiencia y con recurso humano profesional competente, experimentado y ético con destino a la ESE Hospital Nuestra Señora de las Mercedes del Municipio de Funza Y Los Puestos De Salud Hato Y Siete Trojes.
2. Realizar diariamente chequeo y calibración de cada uno de los instrumentos antes de iniciar las lecturas y llevar el registro correspondiente.
3. Supervisar los procedimientos de toma de muestras, coloración, montaje y lavado de material.
4. Cumplir con las normas de asepsia y bioseguridad en el Laboratorio Clínico.
5. Toma de muestras en consulta externa.
6. Analizar los exámenes clínicos ordenados por el personal médico de la entidad.
7. Elaborar y socializar los protocolos correspondientes a su área requeridos dentro de los procesos de habilitación.
8. Hacer correcto uso de los equipos e instrumental de laboratorio que estén a su cargo y que son propiedad de la entidad.
9. Registrar en el sistema de información el resultado de los exámenes ordenados con el fin de que puedan ser consultados dentro de la historia clínica sistematizada que tiene la entidad.
10. Coadyuvar en el servicio de urgencias y consulta externa para mejorar la atención de los pacientes en la recepción, toma y entrega de resultados.
11. Permanecer en el laboratorio con elementos de Protección Personal (EPP).
12. Realizar el reporte de producción y estadística del laboratorio mensualmente.
13. Garantizar la ruta de custodia de las muestras y su remisión al laboratorio de estudio.

**VALOR MENSUAL:** El valor de la propuesta por la prestación de los servicios mensuales es de 3'100.000. (Tres millones cien mil pesos m/c)

**TÉRMINO FINAL DE EJECUCIÓN:**

**SEGURIDAD SOCIAL:** Me comprometo de acuerdo a la normatividad vigente a la obligación legal de todo Contratista **Independiente, a realizar las afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social en Pensión, Salud y Riesgo Laboral**, a realizar los aportes por mi cuenta y acreditar tales afiliaciones y pagos ante la entidad contratante (E.S.E.), así como acreditar mi registro en el RUT como contratista independiente en la actividad para la cual voy a ser contratado (a).

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 18 de la Ley 1122 de 2007, los aportes como contratista independiente serán del 40% de los ingresos mensuales recibidos por el contratista, que en ningún caso podrá ser inferior a un salario mínimo legal vigente, ni superior a 25 salarios mínimos legales vigentes.

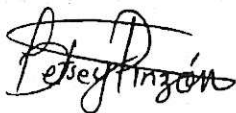
**INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD:** Declaró que no me hallo incurso (a) en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley y que tampoco me encuentro incurso en ninguno de los eventos previstos como prohibiciones especiales para contratar.

**DOCUMENTOS:** Me comprometo a entregar a la E.S.E. la totalidad de los documentos solicitados para la suscripción del contrato, así como las pólizas y demás documentos a que haya lugar para la legalización y ejecución del contrato.

**DIRECCIÓN:** Manifiesto que mi dirección de residencia es Calle 14 #4-49 del municipio de Mosquera Cundinamarca, correo electrónico [betday.1209@gmail.com](mailto:betday.1209@gmail.com) , mi número de celular es 3203015396.

Agradezco la oportunidad de prestar mis servicios a esa Entidad.

Cordialmente,



Nombre: BETSEY DAYANA CHACON PINZON  
C.C. No. 1005198867



Libertad y Orden

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Chacón</u>		SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA) <u>Pinzón</u>		NOMBRES <u>Betsey Dayana</u>	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. <u>1005198867</u>			SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD PAÍS COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/> NÚMERO _____ D.M. _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>09</u> MES <u>12</u> AÑO <u>2001</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Santander</u> MUNICIPIO <u>Floridablanca</u>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Calle 14 # 4-49</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Mosquera</u> TELÉFONO <u>3203015396</u> EMAIL <u>betday.1209@gmail.com</u>		

## 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: <u>Bachiller</u>		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES <u>12</u> AÑO <u>2013</u>	

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:  
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),  
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),  
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
<u>Universitario</u>	<u>10</u>	<u>X</u>		<u>Bacteriologo y laboratorista clinico</u>	<u>03</u>	<u>2025</u>	<u>1005198867</u>

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

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
<b>EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE</b>			
EMPRESA O ENTIDAD <b>Hospital Maria Auxiliadora E.S.E de Mosquera</b>		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>
		PAÍS <b>Colombia</b>	
DEPARTAMENTO <b>Cundinamarca</b>	MUNICIPIO <b>Mosquera</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <b>Info@esemariaauxiliadora.gov.co</b>	
TELÉFONOS <b>601355840</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="04"/> AÑO <input type="text" value="2026"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="05"/> AÑO <input type="text" value="2026"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <b>Bacteriología</b>	DEPENDENCIA <b>Laboratorio Clinico</b>	DIRECCIÓN <b>Calle 3 Cra 2 Mosquera, Cund.</b>	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD <b>Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E</b>		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>
		PAÍS <b>Colombia</b>	
DEPARTAMENTO <b>Bogotá D.C.</b>	MUNICIPIO <b>Bogotá D.C</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <b>Correspondencia@subrednorte.gov.co</b>	
TELÉFONOS <b>6014431790</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="10"/> MES <input type="text" value="06"/> AÑO <input type="text" value="2025"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="03"/> AÑO <input type="text" value="2026"/>	
CARGO O CONTRATO <b>Bacteriología</b>	DEPENDENCIA <b>Laboratorio Clinico</b>	DIRECCIÓN <b>Calle 66 #15-41 Bogotá</b>	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA
		PAÍS	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA
		PAÍS	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**

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

**4 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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		11
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

**5 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 Mosquera, 02 de Junio del 2026

  
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

**6 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.

Funza, 03 Junio 2026  
Ciudad y fecha

  
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

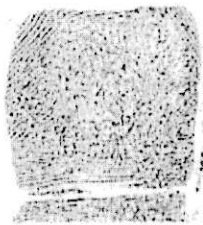
REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉPULA DE CIUDADANÍA

Número 1.005.198.867

CHACON PINZON

BETSEY DAYANA

ALCANTARA



ÍNDICE DE FLECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-DIC-2001

**FLORIDABLANCA**  
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.56**

ESTATURA

**O+**

G. S. RH

**F**

SEXO

**27-DIC-2019 MOSQUERA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA GOCHA



P-1516900-01125850 F-1005198867-20200114

0069652463A 1

53145248

Tipo de declaración  Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
BETSEY	DAYANA	CHACÓN	PINZÓN

Documento de identificación  
Tipo  Número

Lugar de nacimiento  
País  Departamento  Municipio

Lugar de domicilio  
País  Departamento  Municipio

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje

Lugar de sede  
País  Departamento  Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

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

### 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

#### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

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

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$200.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí  No

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí  No

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

### 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí  No

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

Detalle de las actividades	Forma participación

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí  No

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento  Número

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

### 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

### 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí  No

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

### 2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí  No

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí  No

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

Tipo de inversión	Valor	País

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí  No

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

Nombre entidad	Valor

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí  No

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"</b>			
	<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	<b>NOMBRE</b>		<b>ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA</b>
	FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM		GESTIÓN DE CONTABILIDAD
	<b>CÓDIGO</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA ELABORACION</b>	<b>PAGINA</b>
A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023	1 de 4	

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TIPO DE CLIENTE O CONTRAPARTE			TIPO DE SOLICITUD
03/JUNIO/2026	Contratista <input checked="" type="checkbox"/>	Proveedor <input type="checkbox"/>	Personal Planta <input type="checkbox"/>	Vinculación <input checked="" type="checkbox"/>
	Prestador IPS <input type="checkbox"/>	Junta Directiva <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Actualización <input type="checkbox"/>

Departamento: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

#### PERSONA NATURAL

Primer Apellido: Chacón	Segundo Apellido: Pinzón	Nombres: Betsey Dayana
Tipo De Documento Cedula Ciudadanía	No. De Identificación 1005198867	Fecha De Nacimiento 09/12/2007
Lugar De Nacimiento Floridablanca, Santander	Fecha De Expedición 27/DIC/2019	Lugar De Expedición Mosquera, Cundinamarca
Dirección: Calle 14 #4-49	Ciudad Mosquera	Departamento Cundinamarca
Teléfono 3203015396	Celular 3203015396	Profesión/Ocupación Bacteriología

#### RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? NO    ¿Tiene reconocimiento público? NO    ¿Tiene grado de poder público? NO  
 ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? NO

#### PERSONA JURÍDICA

Razón social:	Nit:	Correo electrónico
Tipo de contribuyente: <input type="checkbox"/> Régimen simplificado <input type="checkbox"/> Régimen común <input type="checkbox"/> Grandes contribuyentes <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> ¿Cual? _____		
Tipo de Empresa: Privada <input type="checkbox"/> Publica <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Sin ánimo de lucro <input type="checkbox"/>		

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este documento se considera copia.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>			
	<b>"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"</b>			
	<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	<b>NOMBRE</b>		<b>ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA</b>
	FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM		GESTIÓN DE CONTABILIDAD
	<b>CÓDIGO</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA ELABORACION</b>	<b>PAGINA</b>
A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023	2 de 4	

**ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL**

Salud \_\_\_ Farmacéutico \_\_\_ Industrial \_\_\_ Servicios \_\_\_ Comercial \_\_\_ Otro \_\_\_ ¿Cuál?

Descripción de la actividad económica:

Dirección Oficina Principal	Teléfono Oficina Principal	Celular oficina principal
Departamento oficina principal	Correo oficina principal	Ciudad oficina principal
Dirección sucursal o agencia	Teléfono Sucursal O Agencia	Celular sucursal o agencia
Departamento Sucursal O Agencia	Correo Sucursal O Agencia	Ciudad Sucursal O Agencia

**REPRESENTANTE LEGAL**

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombres:
Tipo De Documento	No. De Identificación	Fecha De Nacimiento
Lugar De Nacimiento	Fecha De Expedición	Lugar De Expedición
Dirección:	Ciudad	Departamento
Teléfono	Celular	Profesión/Ocupación

**RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS**

¿Administra recursos públicos? \_\_\_\_\_ ¿Tienen reconocimiento público? \_\_\_\_\_ ¿Tiene grado de poder público? \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? \_\_\_\_\_

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"</b>			
	<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	<b>NOMBRE</b>		<b>ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA</b>
	FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM		GESTIÓN DE CONTABILIDAD
	<b>CÓDIGO</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA ELABORACION</b>	<b>PAGINA</b>
A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023	3 de 4	

**Relación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación.**  
**(Adjuntar relación si los campos son insuficientes)**

Razón Social O Nombres Y Apellidos	Tipo De Documento	No. De Documento
Porcentaje De Participación	Dirección	Teléfono

**RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS**

¿Administra recursos públicos? \_\_\_\_\_ ¿Tienen reconocimiento público? \_\_\_\_\_ ¿Tiene grado de poder público? \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? \_\_\_\_\_

**JUNTA DIRECTIVA (Adjuntar relación si los campos son insuficientes)**

Nombres Y Apellidos	Tipo De Documento	No. De Documento
Correo	Dirección	Teléfono

**RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS**

¿Administra recursos públicos? \_\_\_\_\_ ¿Tienen reconocimiento público? \_\_\_\_\_ ¿Tiene grado de poder público? \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? \_\_\_\_\_

**PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS PEP**

Nombres Y Apellidos	Tipo De Documento	No. De Documento
Correo	Dirección	Teléfono

**RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS**

¿Administra recursos públicos? NO ¿Tienen reconocimiento público? NO ¿Tiene grado de poder público? NO  
 ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? NO

**2. INFORMACION FINANCIERA**

Total Activos \$ 0	Total Pasivos \$ 0	Total Patrimonio \$ 0
Ingresos Mensuales \$ 0	Egresos Mensuales \$ 0	Otros Ingresos \$ 0

Corte De Información Financiera

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"</b>		
	<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA</b>
	FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM	GESTIÓN DE CONTABILIDAD
	<b>CÓDIGO</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA ELABORACION</b>
A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023	<b>PAGINA</b> 4 de 4

**3. OPERACIONES INTERNACIONALES**

Realiza negocios en moneda extranjera	<b>NO</b>	Tipo de transacciones	
		¿Cuál?	

**PRODUCTOS FINANCIEROS EN MONEDA EXTRANJERA**

Tipo De Producto	No. De Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

**4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS**

**DECLARO EXPRESAMENTE QUE:**

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes:  
Honorarios
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o cualquier norma que adicione o modifique.
- La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla en cada proceso contractual o anualmente
- De manera irrevocable autorizo a la E.S.E. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Funza, para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario
- Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de este contrato, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas ni a la proliferación de armas de destrucción masiva.
- Eximimos a la ESE Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Funza, su representante legal y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

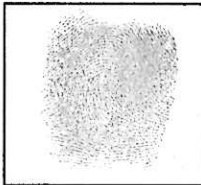
**5. DOCUMENTOS REQUERIDOS**

- Fotocopia de documento de identidad personal natural o persona jurídica
- Fotocopia de documento de identidad personal del representante legal
- Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a dos meses para personas jurídicas

**6. FIRMA Y HUELLA**

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:

  
 \_\_\_\_\_  
 FIRMA

  
 HUELLA

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud







**CERTIFICACIÓN CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE  
SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA  
GESTIÓN CONTRACTUAL**

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E  
GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN

CÓDIGO: AP-CT-F-28

VERSIÓN: 5

PÁGINA: 1 DE 1

FECHA: 19/11/2024

EL (A) SUSCRITO (A) DIRECTOR (A) DE CONTRATACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE  
SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

**CERTIFICA**

Mediante Acuerdo N° 641 del 06 de abril de 2016 se reorganizó el Sector Salud en el Distrito Capital y Artículo 5 del Acuerdo se derogó en las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión ordenada las obligaciones y derechos de toda índole pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado fusionadas.

Revisados los archivos que reposan en la Dirección de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, se evidencia que, el (a) señor (a) **BETSEY DAYANA CHACÓN PINZÓN** identificado(a) con **CC** número **1005198867** ha suscrito con la entidad los siguientes contratos de prestación de Servicios Profesionales y Apoyo a la Gestión relacionados a continuación:

AÑO	NUMERO DE CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA FINAL	OBJETO
2026	0728-2026	01/02/2026	VIGENTE	Bacteriólogo(a)
2025	6051-2025	10/06/2025	31/01/2026	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como Profesional universitario área de salud -Bacterióloga dentro de las diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO...

**ACTIVIDADES**

A continuación, se describen las obligaciones conforme al último objeto contratado, así:

1. Prestar servicios como Bacteriólogo, entregando las actividades por sección y novedades correspondientes asignadas.
2. Verificar y aplicar las guías de manejo de su especialidad, aplicación de los procedimientos del servicio, participar en la actualización documental, incluyendo los manuales, protocolos, instructivos y demás documentación los cuales se encuentra en almera, llenar y hacer seguimiento del diligenciamiento de los formatos y documentos que aplican para el servicio en las fases preanalítica, analítica y postanalítica del servicio de laboratorio clínico y gestión pretransfusional.
3. Realizar toma y procesamiento de los diferentes exámenes ofertados por la Subred norte E.S.E.
4. Verificación de procesos de calidad analítica que incluyen validación y verificación de métodos, en las fases preanalítica, analítica y postanalítica del servicio de laboratorio clínico y gestión pretransfusional.
5. Hacer la supervisión de las actividades del personal auxiliar, supervisar remisión y transporte de muestras
6. Realizar las actividades asignadas en el servicio de gestión pretransfusional, cumpliendo con los lineamientos establecidos en la documentación del servicio, realizando la gestión de los



**CERTIFICACIÓN CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE  
SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA  
GESTIÓN CONTRACTUAL**

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E  
GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN

CÓDIGO: AP-CT-F-28

VERSIÓN: 5

PÁGINA: 1 DE 1

FECHA: 19/11/2024

**ACTIVIDADES (continuación)**

- Hemocomponentes sanguíneos con criterio de seguridad oportunidad y calidad, tanto en los registros del servicio como en las actividades desarrolladas.
7. Realizar el mantenimiento diario correspondiente a los equipos biomédicos necesarios para el cumplimiento de las actividades.
  8. Realizar el procesamiento, registro y análisis oportuno del control de calidad externo e interno y participar en el establecimiento y ejecución de las actividades de mejora resultado de estas evaluaciones.
  9. Realizar el registro de los resultados de las pruebas de laboratorio realizadas cumpliendo la meta de oportunidad establecida en el servicio, y participar en el establecimiento y ejecución de las actividades que se requieran para mantener o mejorar los resultados obtenidos.
  10. Realizar oportuna y adecuadamente los informes y registros en los sistemas de información del laboratorio y servicio transfusional.
  11. Participar en las actividades programadas por la Subred, capacitaciones presenciales o virtuales con el fin de mejorar la prestación de los servicios a los usuarios, así como hacer parte activa como expositor y apoyar los diferentes temas a socializar.
  12. Desarrollar la formulación de planes de mejora y el cumplimiento de los seguimientos, generados de las auditorías internas y externas realizadas en la Subred
  13. Aplicar la implementación de los puntos de control interno del servicio, reportar los eventos de salud pública de notificación obligatoria, sucesos de seguridad, notificación de datos críticos, con la oportunidad establecida.
  14. Desarrollar el registro adecuado y oportuno de recepción técnica, kárdex, elaboración de inventario y pedido mensual, así como el registro de temperaturas y humedad.
  15. Cumplir con las normas de bioseguridad establecidas por los lineamientos institucionales y nacionales de acuerdo con el nivel de riesgo biológico de las actividades que desempeñe.
  16. Usar adecuadamente y racionalmente los insumos y reactivos de laboratorio clínico y servicio de gestión pretransfusional, utilizar correctamente las instalaciones, equipos y demás elementos disponibles, para el desarrollo de sus actividades. Así mismo informar oportunamente el deterioro o mal funcionamiento de estos.
  17. Aplicar un trato digno y humanizado a los usuarios, dar respuesta adecuada y oportuna cuando se requiera dentro de los términos establecidos a las peticiones, quejas y reclamos.
  18. Apoyar en actividades académicas al personal en formación que rota en las unidad de la Subred, siguiendo el plan de delegación establecido en el plan de prácticas formativas, efectuando supervisión y acompañamiento permanente y participar de los procesos de investigación e innovación que se requieran.
  19. Aplicar la plataforma estrategia (misión visión, principios, valores, objetivos estratégicos entre otros) así como la implementación de las políticas institucionales.
  20. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo de las actividades contractuales, realizar pago mensual de la planilla de seguridad social y realizar el cargue de estos junto con la certificación de cumplimiento a la plataforma SECOP II de forma oportuna.
  21. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema obligatorio de Garantía de la Calidad institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de acreditación y Sistema de información.
  22. Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los ejes del Sistema Único de acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.
  23. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato y a las



**CERTIFICACIÓN CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE  
SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA  
GESTIÓN CONTRACTUAL**

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E  
GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN

CÓDIGO: AP-CT-F-28

VERSIÓN: 5

PÁGINA: 1 DE 1

FECHA: 19/11/2024

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

- Las actividades descritas corresponden al contrato: 0728-2026
- Estado del contrato: **ACTIVO**
- Total de contratos registrados: 2
- El contrato se encuentra actualmente **VIGENTE**

La presente se expide a solicitud del interesado (a), en Bogotá D.C. a los 24 días del mes de febrero de 2026.

**VERIFICACIÓN DE AUTENTICIDAD**

Código de Certificado:  
0D300010

Verifique este certificado en:

[aplicativos.subrednorte.gov.co/certificados](http://aplicativos.subrednorte.gov.co/certificados)



**ANA TATIANA QUINTANA TORRES  
DIRECTORA DE CONTRATACIÓN  
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.**

necesidades del servicio, las cuales pueden ser desempeñadas en cualquiera de los puntos de atención.



**IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD  
BACTERIÓLOGA Y LABORATORISTA CLÍNICO**

Colegio Nacional de Bacteriología



**BETSEY DAYANA CHACON PINZON**  
C.C. 1.005.198.867  
UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA  
BOGOTÁ, D.C.  
Fecha de expedición del diploma: 2025-03-28  
Fecha de inscripción en el ReTHUS: 2025-05-09

**FIRMA TITULAR**

"Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010".

"Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Nacional de Bacteriología - CNB Colombia.

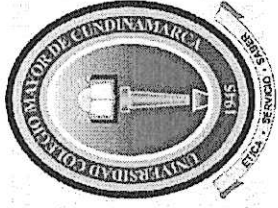
Carrera 15 BIS A No 33-03 Tel: 601 7552977".

*Carolina Pabón Dely De La Vega*

**FIRMA REPRESENTANTE LEGAL**

**14696**





República de Colombia  
Ministerio de Educación Nacional

# La Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca

Resolución 828 de 1996, expedida por el Ministerio de Educación Nacional

Confere el Título de  
*Bacterióloga y Laboratorista Clínico*

A

*Betsey Dayana Chacon Pinzon*

C.C. No. 1005198867 de Mosquera

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos y las disposiciones legales. En testimonio de ello otorga el presente Diploma, en la ciudad de Bogotá D.C., el 28 de marzo de 2025

*[Signature]*  
Decana

*[Signature]*

Rectora

*[Signature]*  
Secretario General





UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

ACTA DE GRADO No. 250

En Bogotá D.C., República de Colombia, el veintiocho (28) de marzo de dos mil veinticinco (2025), se reunieron: la Rectora, doctora María Ruth Hernández Martínez; la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctora Claudia Andrea Cruz Baquero; y el Secretario General de la Universidad, doctor Andrés Mauricio Oyola Sastoque, con el fin de presidir la ceremonia de grado de:

**Betsey Dayana Chacon Pinzon**  
C.C. No. 1005198867 de Mosquera

Quien terminó sus estudios, cumplió los requisitos de Ley y los Reglamentos de la Universidad. En testimonio de ello la Institución le otorgó el título de Bacterióloga y Laboratorista Clínico.

Resolución 828 de marzo 13 de 1996 expedida por el Ministerio de Educación Nacional.

Previo juramento se entregó el diploma a la graduanda.

(Fdo.) La Rectora, María Ruth Hernández Martínez

(Fdo.) La Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctora Claudia Andrea Cruz Baquero

(Fdo.) El Secretario General de la Universidad, Andrés Mauricio Oyola Sastoque

En constancia, firman la presente acta

**MARÍA RUTH HERNÁNDEZ MARTÍNEZ**  
Rectora

**ANDRÉS MAURICIO OYOLA SASTOQUE**  
Secretario General

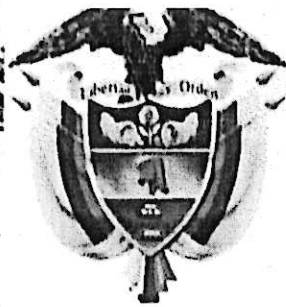
Registro Diploma: 30265 Libro No. 8 – 28 de marzo de 2025



Héctor A. Bello R.



Sede principal: Calle 28 No. 5B-02 - PBX. 601 241 88 00 Ext. 182  
Atención al usuario: 601 282 5716 - Línea Gratuita 018000113044  
[www.unicolmayor.edu.co](http://www.unicolmayor.edu.co) - [grados@unicolmayor.edu.co](mailto:grados@unicolmayor.edu.co)  
NIT: 800144829-9 - Bogotá D.C., Colombia



La República de Colombia

y en su nombre

la

Institución Educativa Departamental Técnico Agropecuaria

San Ramón Funza Cundinamarca

Aprobación Oficial Según Resolución No. 005156 de 26 de noviembre de 2003 y

Resolución No. 004452 del 19 de Octubre de 2005

Código DANE 225286000012 Código ICFES 125682

Confiere a:

Charón Pinzón Betsey Dayana

Identificado con C.I. 1.005.198.867 de Mosquera

El Título de:

Bachiller Técnico  
con Especialidad Agropecuaria

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de  
Educación Media Técnica en Especialidad Agropecuaria,

Artículos 25, 33, 34 y 115 de 1994, según los planes y programas vigentes



*Diego Paredes García*  
Rector

Diego Paredes García  
C.C. 79.337.931 de Bogotá, D.C.  
Rector

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL  
SAN RAMÓN  
SECRETARÍA  
*Carmenza Vargas Moreno*  
Carmenza Vargas Moreno  
C.C. 39.654.708 de Bogotá, D.C.  
Secretaria

Libro de Registro No. 01, Acta No. 13, Folio No. 002

Dado en Funza (Cund.) a los 30 días del mes de Noviembre de 2018

No se requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decretos No. 921  
del 6 de Mayo de 1994, expedidos, por el Ministerio de Educación Nacional  
y No. 2130 del 5 de Diciembre de 1995, Presidencia de la República



## ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

Institución Educativa Departamental Técnico Agropecuaria  
San Ramón Funza Cundinamarca

Aprobación Oficial Según Resolución No. 005156 del 26 de Noviembre de 2003 y  
Resolución No: 004452 del 19 de Octubre de 2005  
Código DANE 225286000012 Código ICFES 125682

En la ciudad de Funza (Cundinamarca), a los 30 días del mes de Noviembre del año 2018 se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por los suscritos Rector y Secretaria, en el cual la INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL TÉCNICO AGROPECUARIA SAN RAMÓN otorga el título de:

**Bachiller Técnico**  
Especialidad Agropecuaria a:

**Chacón Pinzón Betsey Dayana**

Identificado con T.I. 1.005.198.867 de Mosquera

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

Esta institución está autorizada en el Nivel de Educación Básica Secundaria y Nivel Media Técnica con Especialidad Agropecuaria por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, según Resolución No. 004452 del 19 de Octubre de 2005.

No se requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decretos No. 921 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional y No. 2150 del 5 de Diciembre de 1995, Presidencia de la república.

Es fiel copia del Acta No. 13 en lo pertinente.

Dada en Funza (Cundinamarca), a los treinta (30) días del mes de noviembre de 2018

**Diego Paredes García**

C:C No. 79.357.931 de Bogotá D.C.

Rector

IE DEPTAL TECNICO AGROPECUARIA  
SAN RAMON  
SECRETARIA

**Carmeriza Vargas Moreno**

C:C No. 39.654.708 de Bogotá D.C.

Secretaria



Resultado General - 2020-06-03-12:06:40 PH

CC	1035196667	BETSEY	DAYANA	CHACON	PINZON	Vigente
Id. de identificación	1035196667	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estatus de identificación

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2105 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) **BETSEY DAYANA CHACON PINZON** identificado(a) con CC 1005196667 registra La siguiente información:

2020-06-03-12:06:40 PH

Información Académica

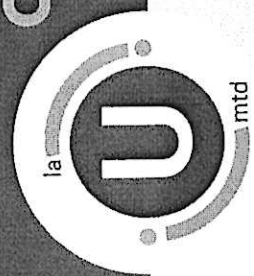
UNV	Local	BACTERIOLOGIA Y LABORATORIO CLINICO	2025-03-28	18265	Colegio Nacional de Bacteriología
-----	-------	-------------------------------------	------------	-------	-----------------------------------

Datos SSO

Exonerado del SSO	No Aplica	[NO APLICA]	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Bacteriología	Colegio Nacional de Bacteriología	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 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 (ReTIIUS).

# CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO



Se reconoce que

**BETSEY DAYANA CHACON PINZON**

\* \* \* \* \*

Ha completado satisfactoriamente el curso de

**Atención a víctimas de violencia sexual**

cumpliendo con los requisitos académicos exigidos por La U MTD



**26/03/26**  
FECHA DE EMISIÓN

**5727478322BC**  
CERTIFICADO ID



Hospital María Auxiliadora

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - MOSQUERA

# CERTIFICADO

## DE CAPACITACIÓN

SE OTORGA A:

**BETSEY DAYANA CHACON PINZON**

Identificado con Documento de identidad No.

1005198867

Por completar satisfactoriamente el curso de:

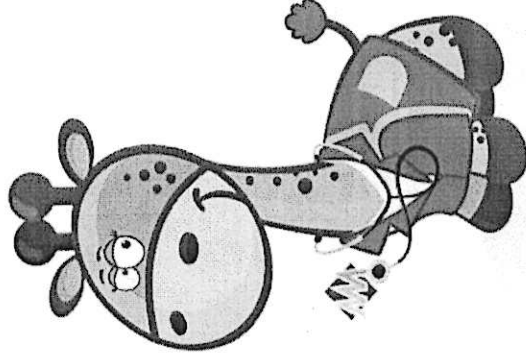
**MANEJO DE DUELO**

marzo 27, 2026

Dra. Juanita Corral Castillo  
Gerente

Dra. Erika Lorena León Cuartas  
Subgerente

VIGENCIA DOS AÑOS



# CERTIFICADO

## DE CAPACITACIÓN

**SE OTORGA A:**

**BETSEY DAYANA CHACON PINZON**

Identificado con Documento de identidad No.  
**1005198867**


Por completar satisfactoriamente el curso de:

**VICTIMA DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS**

marzo 27, 2026

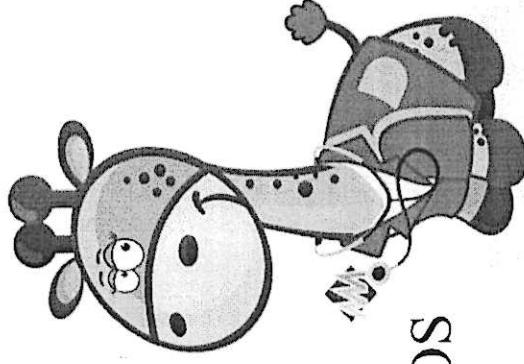


Dra. Juanita Corral Castillo  
**Gerente**

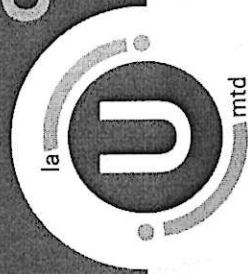


Dra. Erika Lorena León Cuartas  
**Subgerente**

VIGENCIA DOS AÑOS



**CERTIFICADO DE  
CUMPLIMIENTO**



Se reconoce que

**BETSEY DAYANA CHACON PINZON**

\* \* \* \* \*

Ha completado satisfactoriamente el curso de

**Humanización en el servicio de salud**

cumpliendo con los requisitos académicos exigidos por La U MTD



**26/03/26**

FECHA DE EMISION

**23/03/28**

FECHA DE EXPIRACIÓN

**0342677654BC**

CERTIFICADO ID

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES**  
**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 297276626**



PIB

14:37:14

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 02 de junio 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) BETSEY DAYANA CHACON PINZON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1005198867:

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.



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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 02 de junio de 2026, a las 14:30:22, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1005198867
Código de Verificación	1005198867260602143022

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



## 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, 02/06/2026 02:33:13 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1005198867** y Nombre: **BETSEY DAYANA CHACON PINZON.**

## 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. **141356883** . 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

515 9000

**Dios y  
Patria**

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

**COLOMBIA  
POTENCIA DE LA  
VIDA**

GOV.CO



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:24:53 PM horas del 02/06/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1005198867**

Apellidos y Nombres: **CHACON PINZON BETSEY DAYANA**

### **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

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

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

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

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



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

## CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:35:17 horas del 02/06/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1005198867**, Apellidos y Nombres **CHACON PINZON BETSEY DAYANA**

### NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **BETSEY DAYANA CHACON PINZON**, con NIT **100519886-7** 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

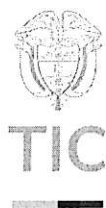
- > Portal web DIJIN
- > Consulta Antecedentes Judiciales
- > Protección de Datos

#### SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES



Consulta de Inhabilidades - Ley 1918 de 2018 | Ley 2375 de 2024

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



## 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 1005198867 **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 02/06/2026 02:50 PM



Código Verificación: 7FP3YKBAST

Válida hasta: 31/08/2026

---

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC



## Certificado de Aptitud Laboral PRE INGRESO



Fecha: 03/Jun/2026, Hora: 11:12:35 a.m.  
Apellido: CHACON PINZON  
Tipo Doc: CC  
Direccion: CLL 14 # 4-49  
Telefono: 3203015396  
Estado Civil: Soltero  
Estatura: 156 Cm  
Cargo: BACTERIOLOGA

Nro Identidad: 1005198867

Celular: 3203015396  
EPS: FAMISANAR  
Peso: 50 Kg

HC: # 89372  
Nombre: BETSEY DAYANA  
Sexo: Femenino ♀  
Correo: BETDAY.1209@GMAIL.COM  
ARL: SURA  
IMC: 20.5  
Ciudad: Cundinamarca - Mosquera

Edad: 24 años  
Rh: O+  
Nacim: 09/Dic/2001  
AFP: PORVENIR

Empresa: Particular

CC:  
Telefono:  
IPS que Atendio: , Ciudad de Atención:

Direccion:  
Celular:

Email: sistema@ipsintegral.com

### Exámenes Realizados

Examen Medico Ocupacional con énfasis osteomuscular

Osteomuscular

### Recomendaciones Empresa

Control Medico anual en Eps., 1- Estilo De Vida Saludable, SVE Salud Visual, 1- Capacitación según Matriz de Riesgos y Peligros., 2- Dotación y uso de EPP. Seguir normas de SG/SST. Pausas activas e higiene postural como lo indique la empresa, 3- Seguir protocolo de bioseguridad para COVID-19 Implementados por la Empresa..

### Recomendaciones Específicas

S.V.E.

Estilo de Vida Saludable

\* SVE Salud Visual

\* 1- Estilo De Vida Saludable

Medicas

Laborales

\* Control Medico anual en Eps.

\* 1- Capacitación según Matriz de Riesgos y Peligros.  
\* 2- Dotación y uso de EPP. Seguir normas de SG/SST. Pausas activas e higiene postural como lo indique la empresa  
\* 3- Seguir protocolo de bioseguridad para COVID-19 Implementados por la Empresa.

### Resumen Resultados

Examen	Resultado
Osteomuscular	SIN ALTERACIONES

### Concepto

EXAMEN DE INGRESO APTO SIN RESTRICCION LABORAL  
Sin patologia ocupacional osteomuscular

### Restricciones

### Recomendaciones Personalizadas

SIN ALTERACION OSTEOMIOARTICULAR APARENTE.  
USAR ADECUADAMENTE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL,HABITOS DE VIDA SALUDABLE:DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO,ADECUADA HIGIENE POSTURAL,SEGUIR EL MANUAL VIGENTE DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL DE LA EMPRESA,REPORTAR TODO ACCIDENTE O INCIDENTE QUE OCURRA EN EL TRABAJO,REPORTAR LAS CONDICIONES DE TRABAJO QUE PUEDAN SER GENERADORAS DE ACCIDENTES LABORALES.

### Consentimiento Informado

Para dar cumplimiento a la resolución 1843-2025 emanada del ministerio de trabajo, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a disposición del personal encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Los hallazgos fueron consignados en historia clinica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007


CALLE 15 # 16 77 FUNZA CUNDINAMARCA TEL 9223896 CEL .3202525622 EMAIL aygsaludocupacional@gmail.com

OSCAR JAHR OSPINA ORTIZ  
CC 11306568  
MEDICO  
Lic. de S.O #: 09/02/2021  
Registro #: 6779



BETSEY DAYANA CHACON PINZON  
CC.1005198867



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora <small>Hospital Nueva Alvarado</small>	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	2 <sup>da</sup> Ref.	13 ABR 2023	Pfizer	PeB		Daniela Pellicer	
	1			0079			
	2						

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	09 JUL 2021	TRANSSTN	212A210	EJE MOURERA	Anna Mercedes Aux de Enfermería C.C. 26771930	
	1	18 ENE 2022	Janssen	BO1921A	UNIA OASIS	Anna Mercedes Aux Enfermería C.C. 26774930	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Triple viral	Única	26 ENE. 2023	PRIORIX A69CF388A V.30/11/2023	Alejandra
Fiebre Amari	Única	20 ENE 2023	233162400	Sonia P
Toxide tetánico - Difteria y Td	3	2 FEB 2023	2331624	Jenny
	1			
	5			
Tdap 6 en 1	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	26 ENE. 2023	L 220509322C 23/02/2023	Alejandra
	2	03 MAR 2023	01-01-25	
	3	26-07-2023	220509322A	Paola
Adquisitor	1			
Influenza	2			
Influenza estacional	3			
Otras	5202	AVN 26	6025067	Andrei P
	0	ENE 2023	SONIA P	
	1	ENE 2023	VARIVAX W014246	Alejandra
	2	ENE 2023	VARIVAX W025575	
	3	1 MAR. 2023	30/05/2024	

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**



### Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

Betsey Dayana,  
Chocón P. Inzón

Apellidos:

Documento  
de identidad:

C.C.  T.I. Pasaporte

No. 1005198867

Fecha de  
nacimiento:

Día 09 Mes 12 Año 2001



**CERTIFICA QUE:**

El(La) Señor(a) **BETSEY DAYANA CHACON PINZON** identificado(a) con CC 1005198867 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

**Fecha de Activación de** 06/01/2025  
**Estado de la Afiliación:** ACTIVO  
**IPS:** HOSPITAL MARIA AUXILIADORA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE MOSQUERA  
**Categoría:** B

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN**, a los 02 días del mes junio del 2026.

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

**Observaciones:**

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra  
Director Operaciones Comerciales

**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:**

**BETSEY DAYANA CHACON PINZON**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.005.198.867**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 2 de Junio 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.



DAVIVIENDA

## CERTIFICADO

**MOSQUERA,  
CUNDINAMARCA,  
COLOMBIA,  
A quien interese**

**02/06/2026**

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **BETSEY CHACON PINZON** con **Cédula de Ciudadanía** número **1005198867**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

Número	<b>0550488452772863</b>
Fecha de apertura	<b>15/05/2025</b>

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

	E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA				
	Tipo de Documento	Área o Proceso que lo Genera:		AREA O PROCESO QUE LO GENERA	
	FORMATO	CERTIFICADO DE IDONEIDAD		GESTION DEL TALENTO HUMANO	
	CODIGO	VERSION	FECHA DE ELABORACION	PAGINA	
A - TH - F - 015	2	12/0/2025	1 DE 1		

**LA PROFESIONAL DE TALENTO HUMANO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"**

**NIT. 900.750.333-1**

**CERTIFICA:**

Que una vez verificada la Hoja de Vida del contratista **BETSEY DAYANA CHACON PINZON** identificado (a) con cedula de ciudadanía No. 1.005.198.867, se ha podido constatar que cumple con todos los documentos requeridos para el objeto y actividades a ejecutar.

Que la persona en mención demuestra la idoneidad y experiencia relacionada.

Para constancia de lo anterior se firma a los nueve (09) días del mes de Junio del Año dos mil veintiséis (2026).

  
**MARICEL MUÑOZ CÁRDENAS**  
 Profesional de Talento Humano

Elaboró y Proyectó: Maricel Muñoz Cárdenas / Profesional de Talento Humano

Revisó y Aprobó: Mario Enrique Góngora Contreras / Subgerente Administrativo y Financiero

Quienes proyectamos, revisamos aprobamos, declaramos que le presente documento lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto bajo nuestra responsabilidad lo recomendamos para la firma de Gerencia de la E.S.E

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este se considera

