



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

ENTIDAD RECEPTORA

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

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Bedoya</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Orjuela</u>	NOMBRES <u>MAYRA ALEJANDRA</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <u>1.121.883.763</u>	SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD PAÍS COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>02</u> MES <u>01</u> AÑO <u>1992</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Meta</u> MUNICIPIO <u>Villavieja</u>	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Calle 14c #01-32 B/Villa Angela</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Aguazul</u> TELÉFONO <u>3102769035</u> EMAIL <u>albedorj@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 Académico</u>	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES <u>12</u>	AÑO <u>2008</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		
UN	XII	X		MEDICA	06	2015		1121883763

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLE, 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
<u>Inglés</u>	X			X			X		

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.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD SISMEDICA SAS	PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO ACACIAS	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD Sismedica@sismedica.com.co	
TELÉFONOS (1) 7439900-3902118	FECHA DE INGRESO DÍA 04 MES 05 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL Médico Tripulante de Ambulancia	DEPENDENCIA Área Operativa	DIRECCIÓN Calle 30A #58A-20 B Ciudad Jardín - Bogotá D.C.	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD FIDUPREVISORA	PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO ACACIAS	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD serviciocliente@fiduprevisora.com.co	
TELÉFONOS (1) 7566633-5945111	FECHA DE INGRESO DÍA 02 MES 09 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO Médico	DEPENDENCIA Área Operativa	DIRECCIÓN Calle 72 #10-03 Bogotá D.C.	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE PUERTO LOPEZ	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO PUERTO LOPEZ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD secretaria@esehospitallocal-puertolopez-meta.gov.co	
TELÉFONOS (8) 6450955-6450614	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 07 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 06 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO Médico Servicio Social Obligatorio	DEPENDENCIA Urgencias	DIRECCIÓN Calle B #6-50 B/Gaitan	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
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

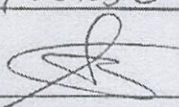
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	4	1
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	1

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 56. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Acacias, Octubre 14 / 2020


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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

HOJA DE VIDA



PERFIL PROFESIONAL

Considero que la salud física y mental es el bien máspreciado que posee la sociedad ya que la armonía de las capacidades vitales crea seres potencialmente creativos y productivos. Mi labor médica se caracteriza por ser humanitaria y oportuna, teniendo como pilar fundamental en mi práctica la buena comunicación y el intercambio continuo de información con el paciente, su familia y el personal paramédico. Dispuesta a adquirir nuevos conocimientos y experiencias que me permitan mejorar como persona y profesional.

DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre	Mayra Alejandra Bedoya Orjuela
Lugar de Nacimiento	Villavicencio, Meta
Fecha de Nacimiento	02 de Enero de 1992
Edad	28 años
Documento de Identificación	1121883763
Estado civil	Unión Libre
Dirección Residencia	Calle 14c #01-32 Barrio Villa Ángela Puerto Salgar - Cundinamarca
E- mail	alebedorj@gmail.com
Teléfono	3102769035

EDUCACIÓN MEDIA Y PROFESIONAL

❖ Básica Primaria

Institución Educativa Manuela Beltrán

Villavicencio – Meta. Colombia.

❖ Bachiller Académico, Diciembre de 2008

Colegio Departamental La Esperanza

Villavicencio – Meta. Colombia

❖ Universitario

Médico General, Junio 26 de 2015

Universidad Cooperativa de Colombia

Villavicencio – Meta. Colombia

ANTECEDENTES LABORALES

❖ **HOSPITAL LOCAL DE PUERTO LOPEZ**

Profesional Servicio Social Obligatorio

Atención de urgencias, consulta prioritaria

Julio 01 de 2015 – Junio 30 de 2016

Jefe Inmediato: Celia Constanza Sanchez Fernández

Contacto: 313 2837686

❖ **PENITENCIARIA DE MEDIANA SEGURIDAD ACACIAS - META**

Médico General

Atención de urgencias, consulta externa, crónicos

Septiembre 2016 - Noviembre 2017

Coordinador sanidad: Persona encargada

Contacto: 6566732

❖ **SISMEDICA SAS**

Médico Tripulante de Ambulancia

Atención pre hospitalaria de heridos en accidentes de tránsito

Mayo 2017- Actualidad

Jefe Inmediato: Rosa Penagos

Contacto: 3176681407

INVESTIGACIONES

“Características académicas y curriculares de los diferentes programas de medicina a nivel nacional”

ACREDITACIONES, OTROS CURSOS, SEMINARIOS CONGRESOS Y SIMPOSIOS

- XI SIMPOSIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA PARA MEDICOS GENERALES

20-21 de Septiembre 2013

- JORNADAS DE ACTUALIZACION EN PEDIATRIA META 2014

Intensidad 13 horas académicas - 26 de Abril de 2014

- CURSO NACHO LEE ELECTRO

Intensidad 20 horas - 26 de Agosto de 2016

- CURSO ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Intensidad 40 horas- 26 de Marzo al 14 de Mayo 2019

- VII JORNADA DE ACTUALIZACION EN PEDIATRIA META 2019

Intensidad 15 horas - 11 de Mayo de 2019

- ENGLISH DOT WORKS 1

Intensidad 60 horas - 20 de Agosto del 2019

- CURSO HUMANIZACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

Intensidad 40 horas - 01 de Noviembre de 2019

- ENGLISH DOT WORKS 2

Intensidad 60 horas - 05 de Noviembre 2019

- DIPLOMADO DE TRIAGE HOSPITALARIO

Intensidad 120 horas - 16 de Febrero de 2020

- DIPLOMADO EN MEDICINA ESTÉTICA- UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

Febrero 2020 - Actualidad

- COVID 19: VENTILACIÓN MECANICA PARA NO INTENSIVISTAS

Intensidad 10 horas - 20 de Abril 2020

- BIOSEGURIDAD APLICADA A LA ESTETICA

Intensidad 40 horas - 10 de Septiembre de 2020

- CURSO SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO

Intensidad 48 horas - 15 de Octubre 2020

- CURSO VIRTUAL DE ACTUALIZACION EN DEPRESIÓN

- 16 de Octubre 2020

REFERENCIAS PERSONALES

Dra. Lorena Mora

Médico General
Cel: 3108034766

Dra. Nillyredt Bermudez

Médico General
Cel: 3124746993

REFERENCIAS FAMILIARES

Ingry Madelan Mosquera

Contador Público
Parentesco: Hermana
Cel: 312 5503005

Brenda Francine Orjuela Castro

Administrador Financiero
Parentesco: Madre
Cel: 3156190165

MAYRA ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA
CC. 1121883763
VILLAVICENCIO, META

REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO **1.121.883.763**
 BEDOYA GRJUELA
 APELLIDO
MAYRA ALEJANDRA
 NOMBRE





FECHA DE NACIMIENTO **02-ENE-1992**
VILLAVICENCIO
 (META)
 LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 **A+** **F**
 ESTATURA Q. S. RH SEXO
06-ENE-2010 VILLAVICENCIO
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
 CARLOS BARRIL BANCHEZ TORRES



P:52001D0-00212808-F-1121883763-20100205 0020548645A 1 0076922

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL



UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

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

En atención a que

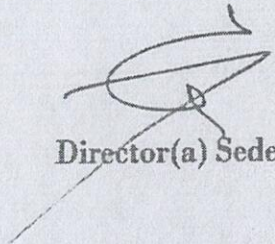
MAYRA ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA

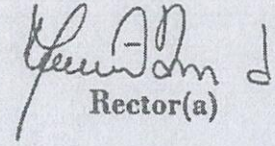
con cédula de ciudadanía No. 1.121.883.763 de Villavicencio

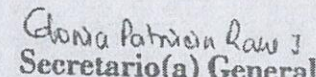
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

MÉDICA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Villavicencio el día 26 de Junio de 2015


Director(a) Sede


Rector(a)


Secretario(a) General

Folio No. 23 Libro de Registros No. 6 Registro No. 202 Refrendado en Villavicencio el día 26 de Junio de 2015



UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

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

Acta Individual de Graduación No. 007

PROGRAMA: MEDICINA

CÓDIGO SNIES: 90519

FECHA DE GRADO: 26 DE JUNIO DE 2015.

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SEDE VILLAVICENCIO

En atención a que MAYRA ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA con cédula de ciudadanía No 1.121.883.763 de Villavicencio cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de MÉDICA

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico de la Sede VILLAVICENCIO mediante Acta No. 007 en sesión del día 10 de junio de 2015.

Para constancia se autorizó este título por parte de la Rectora, Director(a) de Sede, Decano(a) facultad y la Secretaria General de la Universidad, así:

Rectora: MARITZA RONDÓN RANGEL

Director(a) de Sede: CÉSAR AUGUSTO PÉREZ LONDOÑO

Decano(a) Facultad ANA MILENA HERRERA TORRES

Secretaria General GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

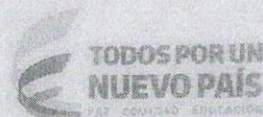
Se expide la presente Acta en la ciudad de VILLAVICENCIO el día 26 DE JUNIO DE 2015.

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretaria General



MINSALUD



IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

MAYRA ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA

C.C o C.E 1121883763

Profesión u Ocupación

MEDICO

Especialidad

Institución de Educación

U. COOPERATIVA DE COLOMBIA

Ciudad **VILLAVICENCIO**

Fecha de expedición diploma **28/06/2015**

Fecha de inscripción RETHUS **08/08/2016**



CMC2016-11353



CERTIFICA

Este certificado se presenta con orgullo a

ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA

Completó satisfactoriamente el curso de:

Soporte Vital Básico

Según los lineamientos de la American Heart Association y Cataleya SIE.

Este curso certifica 20 horas de Educación médica no formal según Decreto 4904 de 2009

07/10/2020

Este certificado tiene vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de expedición.

DIANA M. BARBOSA Z.

Instructor



ALBERTO M. DIAZ SOSA

Coordinador Académico

Calle 25 bis # 39-32 Barrio el Recuerdo – Bogotá. email: cataleyagrupo@gmail.com.

Para certificación de la validez contactar al WhatsApp 3007716135 - 3204824075 o escanear el código QR



CERTIFICA
Este certificado se presenta con orgullo a

ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA

Completó satisfactoriamente el curso de:

Soporte Vital Cardiovascular Avanzado

Según los lineamientos de la American Heart Association y Cataleya SIE.

Este curso certifica 48 horas de Educación médica no formal según Decreto 4904 de 2009.

15/10/2020

Este certificado tiene vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de expedición.

DIANA M. BARBOSA Z.

Instructor



ALBERTO M. DIAZ SOSA

Coordinador Académico

Calle 25 bis # 39-32 Barrio el Recuerdo – Bogotá. email: cataleyagrupo@gmail.com.

Para certificación de la validez contactar al WhatsApp 3007716135 - 3204824075 o escanear el código QR



Secretaría Local de Salud

Villavicencio
Gobierno de la Ciudad

Secretaría Departamental de Salud

JUNTOS CONSTRUYENDO
GOBERNACIÓN DEL META

LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRIA REGIONAL META

CERTIFICA QUE:

MARIA ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA

ASISTIÓ EN CALIDAD DE PARTICIPANTE

**JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN PEDIATRIA META 2.014
POR LA SALUD DE NUESTROS NIÑOS DEL LLANO**

Con una intensidad de 13 horas académicas.
Dado en Villavicencio a los 26 días del mes de Abril de 2014.

Dr. Marco Ortega Barreto
Presidente SCP Regional Meta

María del Carmen Rodríguez Ortiz
Secretaría Local de Salud

Eduardo Guillermo Cadena
Secretario de Salud Departamental

Certifica que

Este certificado SOLO TIENE VALIDEZ con un sello seco y un número de consecutivo. Cel. 3192463974

**MAYRA ALEJANDRA
BEDOYA ORJUELA**
1121883763

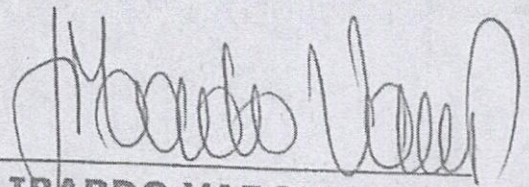
Asistió al curso de:

**NACHO LEE ELECTRO
(Electrocardiografía)**

Según los lineamientos de la
Organización GRUPO REANIMA

Este curso certifica 20 horas de educación médica
(según Resolución 2003 de 2,014 y Decreto 4904 de 2,009)

001243



LIBARDO VARON YAZO
Director Científico

VILLAVICENCIO - META
AGOSTO 26 de 2,016



CENTRO DE FORMACIÓN EN ÁREAS DE LA SALUD Y EL TRAUMA
CFAST COLOMBIA



Certifica que

Mayra Alejandra Bedoya Orjuela

ID 1.121.883.763

Cursó y aprobó satisfactoriamente el entrenamiento, las evaluaciones de conocimientos y destrezas del curso:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Realizado en modalidad virtual, siguiendo los lineamientos establecidos en la legislación nacional en el Decreto 1011 de 2006 (SOGC), Resolución 0459 de 2012 y la Resolución 2003 de 2014, Con una intensidad horaria de 40 horas del 26 de marzo al 14 de Mayo de 2019.



Giovanni Galindo Villermo
Director de curso
Director General - CFAST Colombia

LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRÍA
REGIONAL META
CERTIFICA

Que

ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA

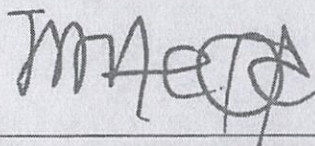
Participó en la **VII JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN PEDIATRÍA META 2019**
"Por la salud de nuestros niños, niñas y adolescentes de
Villavicencio y la Orinoquia"

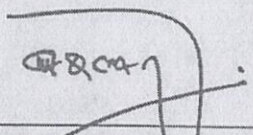
En calidad de **ASISTENTE**

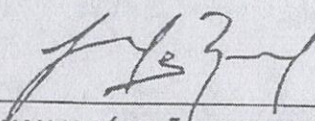
Con una intensidad de 15 horas académicas.

Dado en Villavicencio - Meta, a los 11 días del mes de Mayo de 2019




Dr. MARCO ORTEGA BARRETO
Presidente SCP Regional Meta


JORGE OVIDIO CRUZ ÁLVAREZ
Secretario Departamental de Salud


JUAN JOSÉ MUÑOZ ROBAYO
Director ESE Municipal

CERTIFICADO

VERIFICADO *de* LOGRO



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
JAVERIANA
Javeriana X

Luis Fernando Álvarez Londoño, S.J.
Vicerrector de Extensión y Relaciones Interinstitucionales
Pontificia Universidad Javeriana

Carlos Gómez-Restrepo
Decano Facultad de Medicina
Pontificia Universidad Javeriana

Esto es para certificar que

MAYRA ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA

completó y aprobó

PSPx: Covid - 19: Ventilación mecánica para no intensivistas

un curso de estudio ofrecido por JaverianaX, una iniciativa de aprendizaje en línea de Pontificia Universidad Javeriana mediante edX.



CERTIFICADO VERIFICADO
Emitido el 20 de abril de 2020

ID VÁLIDA DEL CERTIFICADO
b730164306f24ab6a9ce3a01f3902583

ESFUERZO
10 horas



El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MAYRA ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA

Con Cedula de Ciudadania No. 1121883763

Cursó y aprobó la acción de Formación

BIOSEGURIDAD APLICADA A LA ESTETICA Y BELLEZA

con una duración de 40 horas

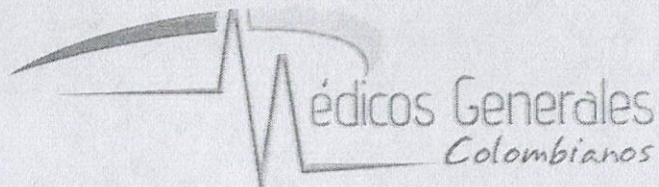
En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Popayán, a los diez (10) días del mes de septiembre de dos mil veinte (2020)

Firmado Digitalmente por

FERNANDO ALFONSO ESCOBAR QUIRA
Subdirector (E)
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL CAUCA

69566496 - 10/09/2020
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9307002168813CC1121883763C.



Trabajando unidos por Colombia

Certifica que:

Mayra Alejandra Bedoya Orjuela

Realizó el Curso Virtual de

Actualización en Depresión.

Realizado a través de la Plataforma Virtual Educativa del portal en Internet WWW MEDICOS GENERALES COLOMBIANOS . COM

Fecha de expedición: 16 de octubre de 2020

Dr. Juan Pablo Poveda Medina MD
Gerente



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MAYRA ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA

Con Cedula de Ciudadania No. 1121883763

Cursó y aprobó la acción de Formación

ENGLISH DOT WORKS 1 (INGLES)

con una duración de 60 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Barranquilla, a los veinte (20) días del mes de agosto de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por
VICTOR FABIAN ARBELAEZ TORREJANO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

VICTOR FABIAN ARBELAEZ TORREJANO
Subdirector
CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN
REGIONAL ATLÁNTICO

61085995 - 20/08/2019
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9207001930152CC1121883763C.



El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MAYRA ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA

Con Cedula de Ciudadania No. 1121883763

Cursó y aprobó la acción de Formación

HUMANIZACION EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Apartadó, al primer(1) día del mes de noviembre de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por

ELKIN HUMBERTO GRANADA JIMENEZ
SUBDIRECTOR
COMPLEJO TECNOLÓGICO AGROINDUSTRIAL, PECUARIO Y TURÍSTICO
REGIONAL ANTIOQUIA

63922828 - 01/11/2019
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9504002006501CC1121883763C.



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MAYRA ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA

Con Cedula de Ciudadania No. 1121883763

Cursó y aprobó la acción de Formación

ENGLISH DOT WORKS 2

con una duración de 60 horas

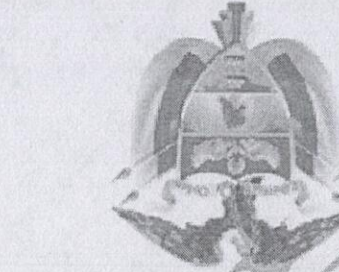
En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Cartagena, a los cinco (5) días del mes de noviembre de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por

YENY LINEY ROMERO OCHOA
Subdirectora
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL BOLÍVAR

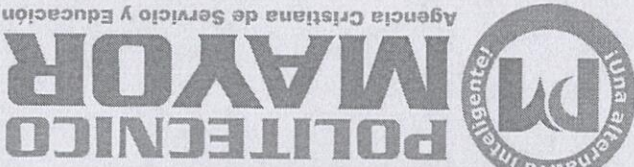
63711840 - 05/11/2019
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9304001999298CC1121883763C.

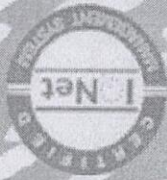
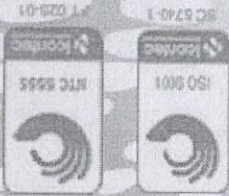


República de Colombia

Departamento de Antioquia



Agencia Cristiana de Servicio y Educación



Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución No 03491 del 20 de abril de 2009 emanada por la Secretaría de Educación de Medellín. Registro Mercantil No 21-463795-02 de Julio 04 de 2008. NIT: 811029476-0.

HACE CONSTAR QUE:

MAYRA ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA
con documento de identidad C.C. 1121883763
Curso y aprobó
DIPLOMADO DE TRIAGE HOSPITALARIO

con una intensidad horaria de Ciento Veinte (120) horas
Registrado en el Libro de Actas N°. 001
Medellín, 16 de febrero de 2020.

MAYKEL BARRAGAN AMAYA
Rector

YAMILÉ GÓMEZ PÉREZ
Secretaria

Para verificar la autenticidad de este documento, ingresar a <http://virtual.politecnicomayor.edu.co>, y en VERIFICAR CERTIFICADO digitar el Código de Seguridad: 3N47C4



Universidad Cooperativa
de Colombia

Villavicencio, Mayo 08 de 2014

Doctor
JAIRO ALFONSO OSPINO RODRÍGUEZ
Decano Facultad de Medicina
Universidad Cooperativa de Colombia
Sede Villavicencio

Asunto: Certificado de investigación estudiante María Alejandra Bedoya Orjuela

Cordial saludo,

Por medio de la presente certifico que la estudiante MARÍA ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA, con documento 1.121.883.763 y el ID 275325; desarrolló las actividades de investigación formativa exigidas por la facultad, a través del apoyo en la recolección de los datos para el desarrollo de la investigación formal "Características académicas y curriculares de los diferentes programas de medicina a nivel nacional", liderada por la docente Giovanna Cocunubo. La información recolectada corresponde a la facultad de medicina de la Universidad de Caldas.

Atentamente,

Nancy Giovanna
Cocunubo Cocunubo
Coordinadora de Investigaciones
Facultad de Medicina
Villavicencio -- Colombia
nancy.cocunubo@ucc.edu.co / www.ucc.edu.co

ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA

ASOCIACIÓN DE
GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA DEL META
ASOGYM

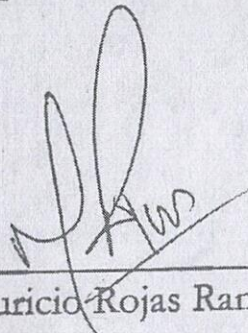
ASISTIO AL

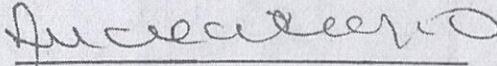
*XI Simposio de Ginecología y
Obstetricia*

para Médicos Generales


CERTIFICADO
DE ASISTENCIA




Dr. Mauricio Rojas Ramírez
Presidente


Dra. Lucrecia Mojica Silva
Secretaria

*Villavicencio,
20-21 septiembre 2013*

 HOSPITAL LOCAL PUERTO LÓPEZ E.B.E. NIT. 800 037 979 -7	MUNICIPIO DE PUERTO LÓPEZ - META	CODIGO: GER-001
		Versión: 1
<i>Imagen de Salud con Calidad</i>	GERENCIA	Página 1 de 1
	CERTIFICACION	Fecha de Actualización: 15 /10/2014

CONSTANCIA DE PRESTACION DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

LA GERENTE (E) DEL HOSPITAL LOCAL DE PUERTO LÓPEZ -ESE

HACE CONSTAR

Que la Doctor: **MAYRA ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA**, portadora de la cédula de ciudadanía número: **1.121.883.763** de Villavicencio.

Fue nombrado para ocupar el cargo de **PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO-MEDICO** en el Hospital Local de Puerto López.

Por Acto Administrativo: Resolución Número **380** del 30 de junio de 2015 y Acta de Posesión **152** del 1 de julio de 2015.

Que la citada profesional desempeñó el cargo antes mencionado.

Desde: DIA: 01 MES: JULIO AÑO: 2015
 Hasta: DIA: 30 MES: JUNIO AÑO: 2016

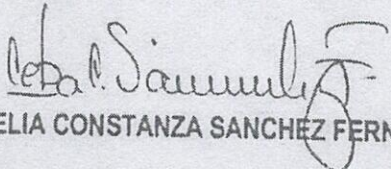
Y cumplió los programas y actividades previstas.

Que el cargo, sede y localidad antes señalada son válidos para la prestación del Servicio Social Obligatorio.

Número de Plaza: 83-M.

Que en consecuencia la Doctora **MAYRA ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA**, ha cumplido el Servicio Social Obligatorio de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

Para constancia se firma en Puerto López, a los DIA: **1** MES: **JUNIO** AÑO: **2016**.


CELIA CONSTANZA SANCHEZ FERNANDEZ

EL SUSCRITO GERENTE DEL CONSORCIO FONDO DE ATENCION EN SALUD PPL – 2017**CERTIFICA**

Que el CONSORCIO FONDO DE ATENCIÓN EN SALUD PPL 2017 con Nit. 830.053.105-3, actuando como vocero y administrador del PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL EN SALUD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD conforme a lo establecido en el Contrato de Fiducia Mercantil No. 331 de 2016, celebró la orden de prestación de servicios, así:

No ORDEN DE SERVICIOS: 59940-1365-2016
CONTRATISTA: MAYRA ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA
CÉDULA: 1121883763

“OBJETO: EL CONTRATISTA se compromete a prestar sus servicios profesionales como MEDICO con plena autonomía técnica y administrativa para proveer servicios de salud a las personas privadas de la libertad recluidas en el EPMSC ACACIAS, hasta por 96 horas mensuales, acorde con la disponibilidad de áreas físicas, las necesidades de salud de la población objeto del contrato y dentro de los estándares de calidad de atención en salud, y de acuerdo con la oferta presentada y aceptada por el profesional, la cual hace parte integral de la presente orden de prestación de servicio...”


VALOR MENSUAL DEL CONTRATO: DOS MILLONES OCHOCIENTOS CATORCE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/CTE (\$2.814.934,00).

FECHA EJECUCION DEL CONTRATO: 7 de septiembre de 2016 al 31 de julio de 2017

Lo anterior, sin perjuicio que la orden de prestación de servicios se pueda dar por terminada con fundamento en las cláusulas previstas para tal fin o por mutuo acuerdo entre las partes.

La presente certificación se expide a los veintiún (21) días del mes de agosto de 2018, a solicitud del Contratista y tiene una vigencia de 30 días.

Para verificar la información aquí contenida por favor escribir al correo electrónico t_hurrego@fiduprevisora.com.co.


MAURICIO IREGUI TARQUINO

Gerente Consorcio Fondo de Atención en Salud PPL 2017.

Como vocero y administrador del Fondo Nacional En Salud De Las Personas Privadas De La Libertad.

Elaboró: Manuel Alejandro Lopez Carranza – Técnico I Consorcio PPL 2017
Revisó: Fabián Leonardo Leguizamón Garzón-Director Jurídico Consorcio PPL 2017

EL SUSCRITO GERENTE DEL CONSORCIO FONDO DE ATENCION EN SALUD PPL – 2017

CERTIFICA

Que el CONSORCIO FONDO DE ATENCIÓN EN SALUD PPL 2017 con Nit. 830.053.105-3, actuando como vocero y administrador del PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL EN SALUD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD conforme a lo establecido en el Contrato de Fiducia Mercantil No. 331 de 2016, celebró la orden de prestación de servicios, así:

No ORDEN DE SERVICIOS: 59940-0348-2017
CONTRATISTA: MAYRA ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA
CÉDULA: 1121883763

“OBJETO: EL CONTRATISTA se compromete a prestar sus servicios profesionales como MEDICO con plena autonomía técnica y administrativa para proveer servicios de salud a las personas privadas de la libertad recluidas en el EPMSC ACACIAS, hasta por 96 horas mensuales, acorde con la disponibilidad de áreas físicas, las necesidades de salud de la población objeto del contrato y dentro de los estándares de calidad de atención en salud, y de acuerdo con la oferta presentada y aceptada por el profesional, la cual hace parte integral de la presente orden de prestación de servicio...”

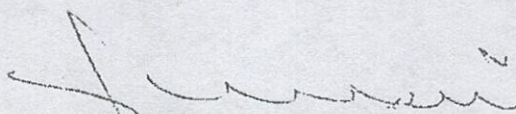
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: ONCE MILLONES DOCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE (\$11.259.736).

FECHA EJECUCION DEL CONTRATO: 1 de agosto de 2017 al 30 de noviembre de 2017

Lo anterior, sin perjuicio que la orden de prestación de servicios se pueda dar por terminada con fundamento en las cláusulas previstas para tal fin o por mutuo acuerdo entre las partes.

La presente certificación se expide a los veinticuatro (24) días del mes de abril de 2018, a solicitud del Contratista y tiene una vigencia de 30 días.

Para verificar la información aquí contenida por favor escribir al correo electrónico t_hurrego@fiduprevisora.com.co.



MAURICIO IREGUI TARQUINO

Gerente Consorcio Fondo de Atención en Salud PPL 2017.

Como vocero y administrador del Fondo Nacional En Salud De Las Personas Privadas De La Libertad.

Elaboro: Manuel Alejandro Lopez Carranza - Técnico I Consorcio PPL 2017.
Reviso: Fabian Leonardo Leguizamón Garzón - Director Jurídico Consorcio PPL 2017



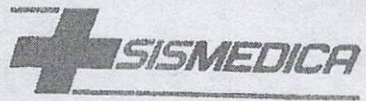
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONTRATANTE	SISMEDICA LTDA
CONTRATISTA	MAYRA ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS COMO MEDICO ASISTENCIAL

CLAUDIA PILAR QUIJANO BENDEK identificada con la cedula de ciudadanía No. 51.638.403, obrando en calidad de gerente y representante legal de la sociedad SISMEDICA LTDA identificada con el Nit Número 830.015.870-8 con domicilio principal en la ciudad de Bogotá y quien en adelante y para todos los efectos legales, se llamara EL CONTRATANTE, de una parte; y de la otra parte MAYRA ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA mayor de edad, con domicilio en la CARRERA 31 N 15-88 ACACIAS -- META, identificado(a) con la Cédula de ciudadanía No 1.121.883.763 quien en adelante y para todos los efectos legales, se llamará EL CONTRATISTA, celebramos por medio de este escrito, **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, A PARTIR DEL 04 DE MAYO DE 2017**, el cual se registrá por las normas contenidas en los artículos 1495, 1501, 1618, 1621 y Demás concordantes del Código Civil y en especial, por las siguientes cláusulas: **PRIMERA: OBJETO DEL CONTRATO:** Se obliga con EL CONTRATANTE, a prestar los servicios profesionales como **MEDICO TRIPULANTE DE AMBULANCIA**, en la **AMBULANCIA** asignada según la Operación de Traslado asistencial entre Sismedica y la **CONCESIÓN MALLA VIAL DEL META - PEAJE OCOA SEGUNDA: El término de duración de este contrato de prestación de servicios será indefinido.** Cualquiera de los contratantes podrá terminar el contrato comunicando por escrito a la otra parte su decisión con una antelación de 10 días sin lugar a exigir a la otra parte indemnización alguna. **TERCERA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** EL CONTRATISTA se obliga con EL CONTRATANTE a: (1). Ejecutar la prestación del servicio contratado como **MEDICO TRIPULANTE DE AMBULANCIA**, conforme a las instrucciones acordadas con EL CONTRATANTE. (2). Que en cumplimiento del contrato, responda a sus obligaciones en forma seria, honesta, responsable, dignamente y con ética, atendiendo todas las medidas de seguridad, precaución y los controles de higiene. (3). Dar a los demás contratistas y/o personal de empleados de EL CONTRATANTE y/o clientes o pacientes de este, trato respetuoso y cordial. (4). Cumplir fielmente la obligación de afiliación a su cargo al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales. *(En la afiliación a la ARL, debe estar claro que el contratista presta sus servicios a SISMEDICA LTDA, para el cubrimiento de los riesgos derivados de la actividad propia de la Empresa)* conforme a lo establecido en la Ley 1562 del 11 de julio de 2012, como trabajador independiente. (5). Presentar AL CONTRATANTE, las cuentas de cobro correspondientes a los cortes periódicos de ejecución del servicio junto con un documento soporte de los días en que presto los servicios objeto del presente contrato, y los respectivos recibos de pago de aporte a su seguridad social, por tratarse de un contratista independiente, que no tiene vinculación de tipo laboral con EL CONTRATANTE. (6) Dar cumplimiento a las instrucciones impartidas por EL CONTRATANTE, con respecto al diligenciamiento de formatos, guías o demás documentos necesarios para la prestación del servicio. **CUARTA: VALOR DEL CONTRATO:** El presente contrato es por valor de **\$220.000 diarios (Doscientos veinte mil pesos m/cte)**. Por concepto de honorarios profesionales los cuales serán liquidados conforme a los días durante el mes en que efectivamente se hayan prestado los servicios previa aprobación de la auditoría. **QUINTA: CLAUSULA PENAL: EL CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE para establecer e imponer las sanciones a que diere lugar por el incumplimiento de las obligaciones contractuales.** Su incumplimiento dará lugar a la aplicación de las sanciones pecuniarias a EL CONTRATISTA, cuyo monto lo establecerá EL CONTRATANTE, de acuerdo al incumplimiento y al impacto en la deficiencia del servicio o al perjuicio que el mismo acarree a EL CONTRATANTE sanción o multa que igualmente, EL CONTRATISTA, autoriza en forma libre y espontánea, incondicional e irrevocable, a EL CONTRATANTE para descontar del valor de los honorarios que se deba pagar a EL CONTRATISTA sin perjuicio de las acciones legales a que haya lugar y de la terminación unilateral del contrato de Prestación de Servicios profesionales. **SEXTA: DESCUENTOS DERIVADOS DE LA PRESTACION DEL SERVICIO. SERVICIO.** Teniendo en cuenta que dentro de las obligaciones del CONTRATISTA, se encuentra el diligenciar correctamente y dentro de los parámetros de oportunidad y calidad, la información, los formatos, guías y documentos que requiera el CONTRATANTE, y en caso de existir daños ocasionados intencionalmente, o pérdida de los equipos que hacen parte integral de la dotación e inventario de las Ambulancias de SISMEDICA LTDA, se descuenta de los honorarios que percibe EL CONTRATISTA. **SÉPTIMA. CESIÓN DEL CONTRATO: EL CONTRATISTA no podrá ceder el presente contrato, sin autorización expresa y escrita de EL CONTRATANTE.** **OCTAVA: PAZ Y SALVO:** Al momento de liquidar la última entrega del contrato ejecutado, EL CONTRATISTA deberá anexar a la cuenta de cobro respectiva, paz y salvo

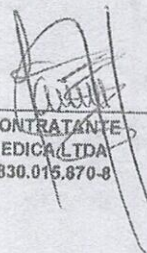
SEDE ADMINISTRATIVA
PBX. (1)390 2118 – (1)390 2119
Calle 127 B No. 49 – 59
Barrio Tierra Linda. Bogotá - Colombia

sismedica@sismedica.com.co
www.sismedica.com.co

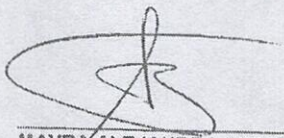


expedido por tesorería, en constancia de recibo y/o terminación a satisfacción del objeto contrato y de todos los implementos, elementos y utensilios dados **AL CONTRATISTA** por **EL CONTRATANTE**, a título de comodato. Sin este paz y salvo, no será exigible la suma que se encuentre pendiente de pago de los servicios prestados, y podrá **EL CONTRATANTE**, pagarse cualquier faltante con dicha suma, a lo cual accede **EL CONTRATISTA**, sin perjuicio de que si existiere suma superior por reconocer a **EL CONTRATANTE**, este podrá ejercer las acciones legales pertinentes. **NOVENA: CLAUSULA COMPROMISORIA:** Las diferencias o discrepancias surgidas de la actividad contractual podrán solucionarse de manera directa por las partes, mediante cualquiera de los mecanismos previstos para el efecto en las Leyes 446 de 1998 y 640 de 2001, en especial la conciliación, la amigable composición y la transacción, los cuales se entienden incorporados al presente contrato. Si no fuere posible un arreglo directo a sus diferencias contractuales o a una parte de ellas, ambas partes convienen en someter el asunto al conocimiento y decisión de un tribunal de arbitramento cuyo domicilio será la ciudad de Bogotá, Tribunal integrado por tres (3) árbitros designados uno por cada parte contratante y un tercero por la Cámara de Comercio de Bogotá. Los árbitros fallaran en derecho, de acuerdo con lo alegado y probado en el respectivo proceso arbitral. El Tribunal funcionará de acuerdo con el reglamento del Centro de Arbitraje y Conciliación Mercantil de la Cámara de Comercio de Bogotá, y se sujetará a lo dispuesto en las normas que rigen este procedimiento. **DECIMA: NATURALEZA DEL CONTRATO:** El presente **CONTRATO**, es un contrato de naturaleza estrictamente civil y en ningún momento las partes podrán pretender darle otra naturaleza, la relación contractual se rige por las normas de derecho civil y nunca podrá ser de carácter laboral, en virtud de no existir dependencia, ni subordinación de una parte respecto de la otra y por ser cada parte autónoma e independiente, y obedecer los términos contractuales del contrato de Prestación de Servicios.

En aceptación expresa de todas las cláusulas que integran este contrato y por corresponder a la voluntad de las partes, lo firmamos en la ciudad de Bogotá, el día (04) del mes mayo de 2017 en dos (02) ejemplares de igual tenor.



EL CONTRATANTE
SISMEDICA LTDA
NIT: 830.015.670-8



MAYRA ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA
C.C. 1.121.883.763

SEDE ADMINISTRATIVA
PBX. (1)390 2118 – (1)390 2119
Calle 127 B No. 49 – 59
Barrio Tierra Linda. Bogotá - Colombia

sismedica@sismedica.com.co
www.sismedica.com.co

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, MAYRA ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.121.883.763 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA Departamento CUNDINAMARCA Municipio PUERTO SALGAR

Dirección CALLE 14C #1-32 BARRIO VILLA ANGELA Teléfonos 3102769035

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
BRENDA FRANCINE ORJUELA CASTRO	CC 40394980	MADRE
JOSE ROBINSON BEDOYA MARTINEZ	CC 17768610	PADRE
JUAN CAMILO BEDOYA ALVAREZ	CC 1144109284	HERMANO
ANDRES FELIPE BEDOYA ALVAREZ	CC 1144102929	HERMANO
LAURA KARINA MOSQUERA ORJUELA	CC 1123439948	HERMANA
MARIO SAMUEL MOSQUERA ORJUELA	TI 1122526225	HERMANO
MILTON JAVIER MORENO CASALLAS	CC 1121868167	CONYUGE

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	84.519.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ 84.519.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BBVA	AHORROS	742184435	VILLAVICENCIO	\$ 7.322.833
BANCOLOMBIA	AHORROS	84488902929	VILLAVICENCIO	\$ 483.147

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
AUTOMOVIL	PLACA JJW269	\$ 31.500.000
MOTOCICLETA	PLACA MTY71C	\$ 3.800.000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

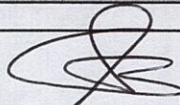
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
MILTON JAVIER MORENO CASALLAS	C.C. X C.E. T.I.	1.121.868.167

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

 cc 1121883763 FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	Puerto Salgar, Enero 6 de 2021 CIUDAD Y FECHA
---	--

DAFP-OAP

Dra. María Isabel Queruz F
Especialista en medicina ocupacional

N° de Historia Ocupacional 1121833763

UNIVERSIDAD EAN - NIT. 1064790824-4 CENTRO MEDICO LA PAZ, LA DORADA

CERTIFICADO CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Ciudad La Dorada

Fecha (D/M/A) 06/01/2021

Empresa Fuerza Aérea Colombiana

Apellidos y nombres Bedoya Orjuela Mayra Alejandra

D.I.N° 1121833763

de Villavicencio

Cargo Medico Edad 29 Área : Operativa Administrativa

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Pre-ingreso	<input checked="" type="checkbox"/>	Periódico	<input type="checkbox"/>	Egreso	<input type="checkbox"/>	Post-incapacidad	<input type="checkbox"/>	Reintegro Laboral	<input type="checkbox"/>	Cambio de ocupación	<input type="checkbox"/>
-------------	-------------------------------------	-----------	--------------------------	--------	--------------------------	------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

INGRESO/PERIÓDICO/POST-INCAPACIDAD/REINTEGRO LABORAL/CAMBIO DE OCUPACIÓN

1	Apto sin restricciones	<input checked="" type="checkbox"/>	2	Con patologías incompatibles con la labor	<input type="checkbox"/>	3	Aplazado	<input type="checkbox"/>			
4	Apto con restricciones	<input type="checkbox"/>	5	Apto con recomendaciones	<input type="checkbox"/>	6	Puede laborar en manipulación de alimentos	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no

RETIRO

7	Satisfactorio	<input type="checkbox"/>	8	No satisfactorio	<input type="checkbox"/>					
9	Sospecha de secuela de accidente laboral no reportado	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Enfermedad laboral	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no

CUMPLE REQUISITOS DE SALUD PARA TIPOS ESPECIALES DE TRABAJO

Trabajo en alturas			Manipulación de alimentos			Trabajos especiales					
si	<input type="checkbox"/>	no	apl	si	<input type="checkbox"/>	no	apl	si	<input type="checkbox"/>	no	aplazado

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Cuales	Condiciones o funciones/tipo de trabajo	Agentes o factores de riesgo	T	P	Meses	Recomendaciones

EXÁMENES REALIZADOS

Audiometría	<input type="checkbox"/>	Espirometría	<input type="checkbox"/>	Optometría	<input type="checkbox"/>	Visiometría	<input type="checkbox"/>	Electrocardiograma	<input type="checkbox"/>		
Exámenes de laboratorio	Hemograma	<input type="checkbox"/>	Colesterol T	<input type="checkbox"/>	Frotis G	<input type="checkbox"/>	Triglicéridos	<input type="checkbox"/>	Serología	<input type="checkbox"/>	
	Glicemia	<input type="checkbox"/>	HDL	<input type="checkbox"/>	KOH uñas	<input type="checkbox"/>	TGO	<input type="checkbox"/>	Creatinina	<input type="checkbox"/>	
	Uroanálisis	<input type="checkbox"/>	LDL	<input type="checkbox"/>	Coprológico	<input type="checkbox"/>	TGP	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	
Examen médico énfasis osteomuscular	<input checked="" type="checkbox"/>	Rx c. cervical	<input type="checkbox"/>	Rx c. lumbar	<input type="checkbox"/>	Rx tórax	<input type="checkbox"/>	Ecografía	<input type="checkbox"/>	RMN	<input type="checkbox"/>

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES

Control médico periódico:	
Remisión a :	
Entrega de dotación y EPP:	
Inducción y capacitación en:	Hábitos de vida saludable, higiene postural

SISTEMAS DE VIGILANCIA QUE LE APLICAN

Biomecánico	<input checked="" type="checkbox"/>	Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	Visual	<input type="checkbox"/>	Auditivo	<input type="checkbox"/>	Respiratorio	<input type="checkbox"/>	Dermatológico	<input type="checkbox"/>	Psicosocial	<input type="checkbox"/>
-------------	-------------------------------------	----------------	--------------------------	--------	--------------------------	----------	--------------------------	--------------	--------------------------	---------------	--------------------------	-------------	--------------------------

Firma del trabajador
C.C. 1121833763 de U/cio

Dra. María Isabel Queruz F
Especialista Seguridad y Salud
en el Trabajo
Universidad EAN
R.M. 17188 / LSO-1413

Firma del medico
R.M 17188 L.S.O. N°1413

Autorizo al médico que la empresa designe, para revisar mi historia clínica que reposen en las empresas donde he laborado y en las IPS donde haya sido atendido, si en ocasión de mi salud fuese necesario. Certifico que todo lo registrado en esta historia clínica Ocupacional es verídico y puede ser confirmado cuando la empresa lo estime conveniente. La información consignada en esa historia clínica Ocupacional se encuentra resguardada, según Resolución N° 6398 de 1991 del Ministerio de Trabajo.

CENTRO MEDICO LA PAZ
Carrea 4 # 12-30 Centro - La Dorada Caldas
TEL: 8572097 - 3147482650 -3104826839

NATHALIA ANDREA PINEDA RAMIREZ
Fonoaudióloga
Especialista En Audiología
RUN 531351461 R.P.1302483

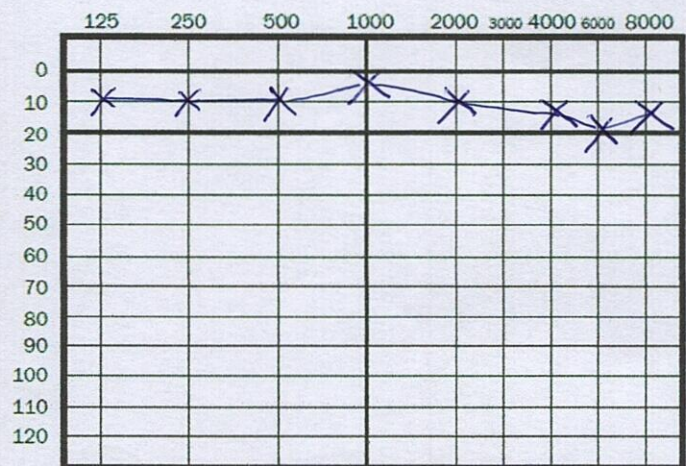
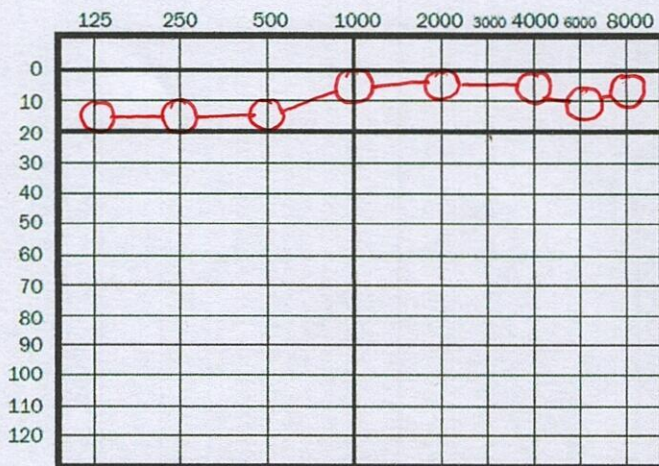
NOMBRES Y APELLIDO: MAYRA ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA
IDENTIFICACION: C.C. 1.121.883.763 **EDAD:** 29 AÑOS
FECHA: 05 -01-2021. **HORA:** 03:11 PM

REMITIDO POR: FAC
MOTIVO DE CONSULTA: Audiometría Ocupacional.
ANTECEDENTES: Ninguno

AUDIOMETRIA TONAL

OIDO DERECHO

OIDO IZQUIERDO



INTERPRETACION

OTOSCOPIA

OIDO DERECHO: Normal.

OIDO IZQUIERDO: Normal.

AUDIOMETRIA

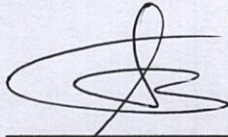
OIDO DERECHO: Sensibilidad periférica auditiva funcional.

OIDO IZQUIERDO: Sensibilidad periférica auditiva funcional.

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO: Sensibilidad periférica auditiva funcional bilateral.

RECOMENDACIONES: Control auditivo anual.

Nathalia Pineda Ramirez
FONOAUDIÓLOGA
Especialista en Audiología
IBEROAMERICANA
Corporación Univeritaria
R.P. 1302483
NATHALIA ANDREA PINEDA RAMIREZ
FONOAUDIÓLOGA
ESPECIALISTA EN AUDIOLOGIA
CORPORACION UNV IBEROAMERICANA
R.P. 1302483


FIRMA DE EVALUADO



Dra. Eva Fuentes Rojas - Optómetra
Carrera 4a N° 12-28, Centro Médico La Paz
Tel: 8572133, La Dorada - Caldas

Nombre:	ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA		
Documento de Identidad:	1121883763		
Edad:	29		
Dirección:	CL 11 # 1-32	Ciudad:	PTO SALGAR
Teléfono:	3102769035		
Afiliación:	PARTICULAR		

Código:

Fecha/hora	Detalle
5/01/2021	MOTIVO DE CONSULTA : Ingreso laboral ANTECEDENTES : usa lentes permanentes EXAMEN EXTERNO : Reflejos normales AGUDEZA VISUAL : OD : 20/40 CC 20/20 OI : 20/40 CC 20/20 VISION PROXIMA: 50m PTO PROXIMO: 8 cm FONDO DE OJO : OD. : normal . Escavacion fisiologica 0,3 OI. : normal . Escavacion fisiologica 0,3 ESTERIOPSIS : normal KERATOMETRIA : neutra VISION CROMATICA : normal TENSION OCULAR : 13 HG TRATAMIENTO : OD. : vision normal con sus lentes OI: : vision normal con sus lentes. RECOMENDACIONES .:

Dra. Eva Fuentes R.
Optómetra U/La Salle
C. C. 24.703.782
Eva Fuentes

Certificado de Aportes

Se certifica que MAYRA ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA identificado(a) con CC 1121883763 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: BEDOYA ORJUELA MAYRA ALEJANDRA CC 1121883763											Novedades															
Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9414350840	843831226	I	2020-12-28	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	30																	
9414350840	843831226	I	2020-12-28	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-12	30																	
9413188150	811732819	I	2020-11-26	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30																	
9413188150	811732819	I	2020-11-26	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-11	30																	
9412321365	785338938	I	2020-10-30	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-10	30																	
9412321365	785338938	I	2020-10-30	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-10	30																	
9411154295	755749790	I	2020-09-29	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-09	30																	
9411154295	755749790	I	2020-09-29	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-09	30																	
9410157940	727542199	I	2020-08-31	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-08	30																	
9410157940	727542199	I	2020-08-31	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-08	30																	
9408969358	696626846	I	2020-07-30	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-07	30																	
9408969358	696626846	I	2020-07-30	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-07	30																	
9407460438	661133150	I	2020-06-24	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-06	30																	
9407460438	661133150	I	2020-06-24	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-06	30																	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1121883763		BEDOYA ORJUELA MAYRA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 46 #41-43 B. PANORAMA	VILLAVICENCIO-META	6837497	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-07	2020-07	696626846	9408969358	I	2020/08/18	2020/07/30	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	\$802,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$2,816,000	\$450,600			\$2,816,000	\$352,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$2,816,000	\$450,600			\$2,816,000	\$352,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)						\$2,816,000	\$450,600			\$2,816,000	\$352,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
1	CC	1121883763	BEDOYA MAYRA	230301	30	\$2,816,000	\$450,600	EPS017	30	\$2,816,000	\$352,000	0		\$0	\$0	0		\$0	\$0	0		\$0	\$0
Total		Afiliados(1)				\$2,816,000	\$450,600			\$2,816,000	\$352,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121883763		BEDOYA ORJUELA MAYRA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cil 46 #41-43 B. PANORAMA	VILLAVICENCIO-META	6837497	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-07	2020-07	696626846	9408969358	I	2020/08/18	2020/07/30	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	\$802,600

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$450,600	\$0	\$0	\$450,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$450,600	\$0	\$0	\$450,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$352,000	\$0	\$0	\$352,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$352,000	\$0	\$0	\$352,000
TOTAL				1	\$802,600	\$0	\$0	\$802,600

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1121883763		BEDOYA ORJUELA MAYRA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 46 #41-43 B. PANORAMA	VILLAVICENCIO-META	6837497	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	727542199	9410157940	I	2020/09/14	2020/08/31	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	\$602,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																									
EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte			
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$2,112,000	\$338,000			\$2,112,000	\$264,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$2,112,000	\$338,000			\$2,112,000	\$264,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0		
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)						\$2,112,000	\$338,000			\$2,112,000	\$264,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0		
1	CC	1121883763	BEDOYA MAYRA	230301	30	\$2,112,000	\$338,000	EPS017	30	\$2,112,000	\$264,000		0	\$0	\$0		0	\$0	\$0	0		\$0	\$0		
Total Afiliados(1)						\$2,112,000	\$338,000			\$2,112,000	\$264,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121883763		BEDOYA ORJUELA MAYRA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cil 46 #41-43 B. PANORAMA	VILLAVICENCIO-META	6837497	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2020-08	2020-08	727542199	9410157940	I	2020/09/14	2020/08/31	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	\$602,000

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$338,000	\$0	\$0	\$338,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$338,000	\$0	\$0	\$338,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$264,000	\$0	\$0	\$264,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$264,000	\$0	\$0	\$264,000
TOTAL				1	\$602,000	\$0	\$0	\$602,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121883763		BEDOYA ORJUELA MAYRA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 46 #41-43 B. PANORAMA	VILLAVICENCIO-META	6837497	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2020-09	2020-09	755749790	9411154295	I	2020/10/15	2020/09/29	BANCOLOMBIA	\$752,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,640,000	\$422,400			\$2,640,000	\$330,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,640,000	\$422,400			\$2,640,000	\$330,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)					\$2,640,000	\$422,400			\$2,640,000	\$330,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
1	CC	1121883763	BEDOYA MAYRA	230301	30	\$2,640,000	\$422,400	EPS017	30	\$2,640,000	\$330,000	0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$2,640,000	\$422,400			\$2,640,000	\$330,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121883763		BEDOYA ORJUELA MAYRA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 46 #41-43 B. PANORAMA	VILLAVICENCIO-META	6837497	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-09	2020-09	755749790	9411154295	1	2020/10/15	2020/09/29	BANCOLOMBIA	0	\$752,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$422,400	\$0	\$0	\$422,400	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$422,400	\$0	\$0	\$422,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$330,000	\$0	\$0	\$330,000	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$330,000	\$0	\$0	\$330,000	
TOTAL				1	\$752,400	\$0	\$0	\$752,400	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1121883763		BEDOYA ORJUELA MAYRA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cti 46 #41-43 B. PANORAMA	VILLAVICENCIO-META	6837497	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2020-10	2020-10	785338938	9412321365	I	2020/11/17	2020/10/30	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	\$871,000

oct 6/20

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres		Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$3,056,000	\$489,000			\$3,056,000	\$382,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$3,056,000	\$489,000			\$3,056,000	\$382,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)						\$3,056,000	\$489,000			\$3,056,000	\$382,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
1	CC	1121883763	BEDOYA MAYRA	230301	30	\$3,056,000	\$489,000	EPS017	30	\$3,056,000	\$382,000		0	\$0	\$0		0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	
Total		Afiliados(1)				\$3,056,000	\$489,000			\$3,056,000	\$382,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121883763		BEDOYA ORJUELA MAYRA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cil 46 #41-43 B. PANORAMA	VILLAVICENCIO-META	6837497	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2020-10	2020-10	785338938	9412321365	I	2020/11/17	2020/10/30	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	\$871,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$489,000	\$0	\$0	\$489,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$489,000	\$0	\$0	\$489,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$382,000	\$0	\$0	\$382,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$382,000	\$0	\$0	\$382,000
TOTAL				1	\$871,000	\$0	\$0	\$871,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121883763		BEDOYA ORJUELA MAYRA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 46 #41-43 B. PANORAMA	VILLAVICENCIO-META	6837497	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-11	2020-11	811732819	9413188150	I	2020/12/15	2020/11/26	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	\$752,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$2,640,000	\$422,400			\$2,640,000	\$330,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$2,640,000	\$422,400			\$2,640,000	\$330,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)						\$2,640,000	\$422,400			\$2,640,000	\$330,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
1	CC 1121883763	BEDOYA MAYRA	230301	30	\$2,640,000	\$422,400	EPS017	30	\$2,640,000	\$330,000	0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)						\$2,640,000	\$422,400			\$2,640,000	\$330,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121883763		BEDOYA ORJUELA MAYRA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 46 #41-43 B. PANORAMA	VILLAVICENCIO-META	6837497	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-11	2020-11	811732819	9413188150	1	2020/12/15	2020/11/26	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	\$752,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$422,400	\$0	\$0	\$422,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$422,400	\$0	\$0	\$422,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$330,000	\$0	\$0	\$330,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$330,000	\$0	\$0	\$330,000
TOTAL				1	\$752,400	\$0	\$0	\$752,400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121883763		BEDOYA ORJUELA MAYRA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cti 46 #41-43 B. PANORAMA	VILLAVICENCIO-META	6837497	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-12	2020-12	843831226	9414350840	I	2021/01/18	2020/12/28	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	\$677,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,376,000	\$380,200			\$2,376,000	\$297,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,376,000	\$380,200			\$2,376,000	\$297,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)					\$2,376,000	\$380,200			\$2,376,000	\$297,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
1	CC 1121883763	BEDOYA MAYRA	230301	30	\$2,376,000	\$380,200	EPS017	30	\$2,376,000	\$297,000		0	\$0	\$0		0	\$0	\$0		0	\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$2,376,000	\$380,200			\$2,376,000	\$297,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121883763		BEDOYA ORJUELA MAYRA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cti 46 #41-43 B. PANORAMA	VILLAVICENCIO-META	6837497	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

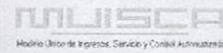
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-12	2020-12	843831226	9414350840	1	2021/01/18	2020/12/28	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	\$677,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$380,200	\$0	\$0	\$380,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$380,200	\$0	\$0	\$380,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$297,000	\$0	\$0	\$297,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$297,000	\$0	\$0	\$297,000
TOTAL				1	\$677,200	\$0	\$0	\$677,200



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal



001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14557896197



(415)7707212489984(8020) 0000014557896197

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 1 2 1 8 8 3 7 6 3

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Villavicencio

2 2

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

1 1 2 1 8 8 3 7 6 3

27. Fecha expedición:

2 0 1 0 0 1 0 6

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Meta

5 0

30. Ciudad/Municipio:

Villavicencio

0 0 1

31. Primer apellido

BEDOYA

32. Segundo apellido

ORJUELA

33. Primer nombre

MAYRA

34. Otros nombres

ALEJANDRA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Meta

5 0

40. Ciudad/Municipio:

Villavicencio

0 0 1

41. Dirección principal

CL 15 ESTE 3 67 CONJ QUINTAS DE MORELIA I CA 45

42. Correo electrónico:

alebedorj@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

3 1 0 2 7 6 9 0 3 5

45. Teléfono 2:

3 8 6 8 3 7 5 9 4

CLASIFICACION

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

52. Número establecimientos

46. Código:

8 6 2 1

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 5 0 5 3 0

48. Código:

8 2 9 9

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 5 0 1 0 2

50. Código:

1

2

51. Código

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código:

4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código:

Table with 10 columns for aduaneros and 10 columns for exportadores.

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha:

2 0 1 9 0 5 3 0

La Información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo:

Anexo Datos Básicos Beneficiario Cuenta

CIUDAD Villavicencio

FECHA 30 de Diciembre 2020

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

Apertura

Cancelación

I. DATOS PERSONA NATURAL Y/O JURÍDICA (Beneficiario).

Nombre o Razón Social: MAYRA ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA

Tipo Documento de identificación:

Cédula de Ciudadanía:	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>No.1121883763</u>
Cédula de Extranjería:	<input type="checkbox"/>	<u>No.</u>
Nit Persona Jurídica:	<input type="checkbox"/>	<u>No.</u>
Nit Persona Natural:	<input type="checkbox"/>	<u>No.</u>
Otro Tipo Documento:	<input type="checkbox"/>	<u>No.</u> <u>Cuál:</u>
Pasaporte:	<input type="checkbox"/>	<u>No.</u>
Tarjeta de Identidad:	<input type="checkbox"/>	<u>No.</u>

Dirección: Calle 14C #1-32 Villa Angela Teléfono: 3102769035

E-mail: alebedorj@gmail.com Fax: _____

Departamento: Cundinamarca Ciudad: Pto. Salgar Municipio: _____

Denominación de la cuenta: corriente: _____ de ahorros:

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera: BANCO BBVA Código: 1013

Sucursal: La Esperanza Ciudad: Villavicencio

Dirección: AVDA 40 27-33 Teléfono: 6636387 Fax: _____

Número de la cuenta: 742184435

El beneficiario, debe solicitar a la entidad financiera la certificación bancaria con el número de identificación que aparece registrado en el RUT.

Mayra Alejandra Bedoya Orjuela
NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

Solicitud Aprobada: _____ Solicitud rechazada: _____

Vo Bo: _____ Vo Bo: _____
Nombre y firma func. perfil presupuesto Nombre y firma func. perfil beneficiario/cta

OBSERVACIONES:

NOTA 3: La información aquí consignada no debe tener borrones, tachones o enmendaduras.

NOTA 4: El incumplimiento de los requisitos antes exigidos será causal de rechazo para la apertura de la cuenta bancaria.

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente **MAYRA ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA**, identificado(a) con **cédula de ciudadanía número 1.121.883.763** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 742184435** apertura el **30 de junio del 2015**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **05** días del mes de **enero** del año **2021**.

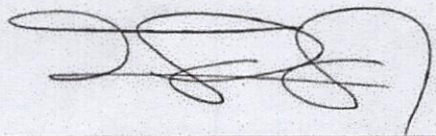
Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0742184435**

Cuenta de 16 dígitos: **0742000200184435**

Cuenta de 20 dígitos: **00130742000200184435**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

FORMATO COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Villavicencio-Meta, Diciembre 30 de 2020

Señores
MDN-FAC-COMANDO AEREO DE COMBATE N. 1

Proceso de Selección Contratación Directa Apoyo a la Gestión:

Yo, Mayra Alejandra Bedoya Orjuela identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en mi propio nombre Mayra Alejandra Bedoya Orjuela, manifiesto que:

1. Apoyo la acción del Estado colombiano y de El Ministerio de Defensa – Fuerza Aérea Colombiana-Comando Aéreo de Combate N. 1, para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.
2. No estoy en causal de inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de interés alguno, así como ninguna otra limitación de nuestra capacidad jurídica para celebrar el contrato objeto del Proceso de Selección Contratación Directa Apoyo a la Gestión
3. Me comprometo a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
4. Me comprometo a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de Selección Contratación Directa Apoyo a la Gestión
5. Me comprometo a revelar la información que sobre el Proceso de Selección Contratación Directa Apoyo a la Gestión, me soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
6. Conozco las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los 30 días del mes de Diciembre de 2020



Firma del Proponente persona natural
Nombre: Mayra Alejandra Bedoya Orjuela
Documento de Identidad: 1121883763 de Villavicencio

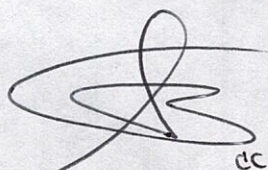
ANEXO No 2

CUADRO DE PRECIOS

Ítem	Descripción	Cantidad (días, meses, etc)	Vir. unitario	Iva	Valor Unitario con IVA	Valor total con IVA
1	La Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión de un (01) Medico General para atender las necesidades y requerimientos de los usuarios adscritos al Establecimiento de Sanidad Militar 255728511782 del Comando Aéreo de combate No. 1, para la vigencia del año 2021, según ficha técnica.	11 MESES	\$3.650.892,68	0	\$3.650.892,68	\$ 40.159.819,48

NOTAS:

1. En los casos en que aplique se debe discriminar el impuesto de IVA dentro del valor de la oferta.
2. Si el servicio se encuentra legalmente exento de IVA, se deberá indicar de manera clara y expresa la norma que contempla el beneficio.



cc121883763 V/uo

MAYRA ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA
 Teléfono: 3102769035
 Email: alebedorj@gmail.com
 Ciudad: Puerto Salgar, Cundinamarca



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 18:51:24 horas del 01/01/2021, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1121883763**

Apellidos y Nombres: **BEDOYA ORJUELA MAYRA 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.



Dirección: Calle 18A # 69F-45
Zona Industrial, barrio
Montevideo. Bogotá D.C.
Atención administrativa: lunes a
viernes 7:00 am a 1:00 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:
lineadirecta@policia.gov.co



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

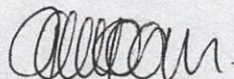
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 01 de enero de 2021, a las 18:54:16, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1121883763
Código de Verificación	1121883763210101185416

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.



FERNANDO ALFONSO CRUZ MONTOYA
CONTRALOR DELEGADO (E)

Consulta de antecedentes

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

Tipo de Identificación:	<input type="text" value="Cédula de ciudadanía"/>	Número Identificación:	<input type="text" value="1121883763"/>
¿Escriba las dos primeras letras del primer nombre de la persona a la cual esta expidiendo el certificado?			<input type="text" value="ma"/>
<input type="button" value="Consultar"/>			

Datos del ciudadano

Señor(a) MAYRA ALEJANDRA BEDOYA ORJUELA identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1121883763.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.

Fecha de consulta: viernes, enero 01, 2021 - Hora de consulta: 18:48:21

Nombres, si los datos del nombre que aparecen en la consulta del certificado son inexactos, por favor de clic [aquí](#) para realizar la actualización según los datos de la REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, si luego de este paso los datos siguen erróneos por favor diríjase a la REGISTRADURÍA más cercana. Mayor información en <http://www.registraduria.gov.co/>

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inactiva automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

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

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga [clíc aquí](#) para descargarlo gratis.