ANEXO No. 1 CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA ESE
RADICACIÓN DOCUMENTOS
Fecha 30/06/26 10:00am
Oferente Odalinda Camayo G.
NIT 40449521
Dependencia Gestión Contractual
Funcionario Malyn Murillo

Granada- Meta, 30 Junio 2026

Señores:

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.

Calle 15 entre Cra 2 y 4 Granada-Meta.
Granada-Meta.

REFERENCIA: INVITACION MEDIANTE LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA Nro. 017 DE 2026, PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO CONTADORA PUBLICA PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.

Respetados Señores

La suscrita ODALINDA CAMAYO GUETIO actuando en mi propio nombre persona natural de conformidad con las condiciones que se estipulan en los documentos del proceso de INVITACION DIRECTA DE LA REFERENCIA, presentamos esta propuesta para **LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO CONTADORA PUBLICA PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E** y en caso de que sea aceptada nos comprometemos a cumplir dentro de la oportunidad correspondiente.

Declaramos bajo la gravedad del juramento:

- Que esta propuesta y el contrato que llegare a suscribirse sólo compromete al firmante de esta carta y a quienes representa.
- Que ninguna entidad o persona distinta de los firmantes tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato probable que de ella se derive.
- Que conocemos en su totalidad las condiciones de la invitación directa No. 017 y demás documentos del proceso y aceptamos los requisitos en ellos contenidos.
- Que hemos recibido los documentos que integran la invitación y aceptamos su contenido.
- Que no me/nos halló/hallamos incurso/s en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la ley y no nos encontramos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar. (en caso de unión temporal, consorcio, debe manifestarse por todos los integrantes del mismo).
- Que estoy autorizado para suscribir y presentar la Oferta en nombre del Proponente y estoy autorizado para suscribir el contrato si el Proponente resulta adjudicatario del Proceso de Contratación de la referencia.

- Que la oferta económica y la oferta técnica están adjuntas a la presente comunicación y han sido elaboradas de acuerdo con los Documentos del Proceso y hacen parte integral de la Oferta.
- Que nos comprometemos a cumplir el objeto contractual en los plazos estipulados en la invitación.
- Que responderé por la calidad de los bienes, contratados, sin perjuicio de la constitución de la garantía, si a ello hubiera lugar.
- Que acepto las especificaciones técnicas de la invitación del objeto contractual, si este llegare a suscribirse.
- Que cualquier notificación o requerimiento relacionado con la presente invitación se me podrá hacer por el siguiente correo electrónico: **odalinda1507@gmail.com**
- Que le presente Propuesta consta de ( ) folios debidamente numerados.
- Que la propuesta tiene una validez de Tres (03) MESES contados a partir de la fecha de cierre de la Invitación directa.
- Que el valor de la propuesta incluyendo impuestos es de (DIECISIETE MILLONES) QUINIENTOS ($17.567.085 SESENTA Y SIETE MIL) M/CTE. OCHENTA Y CINCO PESOS COLOMBIA

En caso de consorcio o unión temporal esta declaración deberá ser suscrita por cada uno de los integrantes.

Que de conformidad con la Ley 1437 de 2011 (Código Contencioso y de Procedimiento Administrativo) autorizo la notificación electrónica de los Actos Administrativos referentes al proceso.

Que para dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 716 de 2001 en su artículo 4, Parágrafo 3; bajo la gravedad de juramento y conociendo las consecuencias jurídicas que indica, manifiesto que me encuentro a paz y salvo con el Estado por todo concepto y/o tengo acuerdo de pago vigente

Atentamente,

Nombre: ODALINDA CAMAYO GUETIO
C.C: 40.449.521
Dirección: CARRERA 11 N 20-69
Correo Electrónico: odalinda1507@gmail.com
Ciudad: Granada Meta
Firma:

(*) NOTA: **Este compromiso deberá ser presentado y firmado por el proponente con la propuesta respectiva**. Si es persona jurídica, **por quien conforme a la ley esté facultado**; Si es consorcio o unión temporal por quien haya sido designado representante en el documento de constitución; Si es persona natural, por ella misma; Si actúa en calidad de apoderado, debe estar debidamente facultado por quien tenga la legitimación para hacerlo, caso en el cual debe anexar el poder correspondiente.

ANEXOS No. 2 OFERTA ECONOMICA

Granada – Meta, 30 junio 2026

Señores
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.
Calle 15 entre Cra 2 y4.
Granada-Meta

REFERENCIA: INVITACIÓN DIRECTA SIN CONSIDERACIÓN DE LA CUANTÍA No 017 DE 2026 PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA CELEBRAR CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS.

Respetados Señores

Me permito presentar oferta económica de la invitación directa Nro. 017 de 2026 que tiene por objeto **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO CONTADORA PUBLICA PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.**

ITEM	DESCRIPCION	PRESENTACION Y/O UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	VALOR
1	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO CONTADORA PUBLICA PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E	UNIDAD	Tres 3 Meses	$17.567.085

Manifiesto mi voluntad de forma libre, expresa y espontánea, para acordar que los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, derivados del contrato que se suscriba con el Hospital Departamental de Granada E.S.E., serán gestionados, realizados y pagados en su totalidad por el suscrito (a), en virtud de lo establecido en el parágrafo 1 del Decreto 514 de 2025, articulo 2.2.4.18.7, que permite el presente acuerdo, y que exonera de esta manera al contratante, en este caso, al Hospital Departamental de Granada E.S.E., de las obligaciones derivadas de la Ley 2381 de 2024, en especial de aquellas contenidas en los artículos 7 y 21.

Nombre: ODALINDA CAMAYO GUETIO
Cargo: CONTADORA PUBLICA
Documento de Identidad: C.C.N. 40.449.521
Ciudad: GRANADA META
Dirección: CARRERA 11 N 20-69
Teléfono: 3105567855
Correo: odalinda1507@gmail.com

ANEXO No. 3 COMPROMISO DE TRANSPARENCIA

Granada – Meta. 30 junio 2026

Señores
HOSPITAL. DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.
Calle 15 entre Cra 2 y 4
Granada-Meta

Proceso de Contratación N° 0117

Yo ODALINDA CAMAYO GUETIO, identificada con cedula de ciudadanía N° 40.449.521,manifiesto que:

1. Apoyamos la acción del Estado colombiano y del **HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.** para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública

2. No estamos en causal de inhabilidad e incompatibilidad alguna para celebrar el contrato objeto del Proceso de Contratación **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO CONTADORA PUBLICA PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.".**

3. Nos comprometemos 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. Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de Contratación **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO CONTADORA PUBLICA PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.".**

5. Nos comprometemos a revelar la información que sobre el Proceso de Contratación **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO CONTADORA PUBLICA PARA EL HOSPITA DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.** nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.

6. Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso transparencia.

En constancia de lo anterior firma este documento a los 30 días del mes de junio de 2026.

Nombre: ODALINDA CAMAYO GUETIO
Cargo: CONTADORA PUBLICA
Documento de Identidad: C.C.N. 40.449.521
Ciudad: GRANADA META
Dirección: CARRERA 11 N 20-69
Teléfono: 3105567855
Correo: odalinda1507@gmail.com

ANEXO No. 4 CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y/O CONSULTAS

Granada – Meta, 30 junio 2026

Señores
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.
Calle 15 entre Cra 2 y 4 Granada-Meta

REF. INVITACION MEDIANTE LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA Nro. 017 DE 2026, PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO CONTADORA PUBLICA PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.".

Asunto: Declaración Juramentada de inhabilidades e incompatibilidades

EL SUSCRITO DECLARA QUE:

Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con la Entidades Estatales de conformidad con las Leyes 80 de 1993, 1952 de 2019, 1150 de 2007, 1474 de 2011 y demás normas sobre la materia

Yo, ODALINDA CAMAYO GUETIO identificada con cédula de ciudadanía No 40.449.521 expedida en GRANADA META declaro bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso dentro de las causales de **INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD** Así como las sanciones establecidas por transgresión a las mismas contenidas en la Ley 1952 de 2019 y los efectos legales consagrados en el artículo 44 numeral 1 del Estatuto Contractual del orden o constitución legal contemplados en los artículos 8 y 9 de la ley 80 de 1.993, ley 45 de 1.990 art, 127 de la constitución política de Colombia y demás normas concordantes así como aquellas que aclaren, modifiquen o deroguen, para suscribir contratos con entidades gubernamentales descentralizadas, ni para participar en el presente proceso, y que consultados los antecedentes disciplinarios, judiciales, boletín de responsables fiscales y el Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC, no se registra ningún antecedente respecto de la (s) persona (s) aquí señalada (s).

Dado en el Municipio de Granada a los 30 del mes junio de 2026.

Nombre: ODALINDA CAMAYO GUETIO
Cargo: CONTADORA PUBLICA
Documento de Identidad: C.C.N. 40.449.521
Ciudad: GRANADA META
Dirección: CARRERA 11 N 20-69
Teléfono: 3105567855
Correo: odalinda1507@gmail.com

ANEXO No. 5 FORMULARIO DE EXPERIENCIA

Granada – Meta, 30 junio 2026

Señores
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.
Calle 15 entre Cra 2 y 4 Granada-Meta.
Granada-Meta.

REFERENCIA: INVITACION MEDIANTE LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA Nro. 017 DE 2026, PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO CONTADORA PUBLICA PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.".

Respetados Señores

De conformidad con las condiciones que se estipulan en los documentos del proceso de Modalidad de Selección por Invitación directa Nro. 017 de 2026 que tiene por objeto, presentamos el formulario de experiencia para la **INVITACION MEDIANTE LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA Nro. 017 DE 2026, PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO CONTADORA PUBLICA PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.**

Asunto: **Experiencia**

El proponente debe diligenciar este formulario, consignando en él la experiencia que pretenda hacer valer en el presente proceso.

No DEL CONTRATO	OBJETO DEL CONTRATO	NOMBRE DEL CONTRATISTA	VALOR Y PLAZO DEL CONTRATO	FECHA DE INICIACIÓN (DÍA, MES Y AÑO)	FECHA DE TERMINACIÓN (DÍA, MES Y AÑO)
Verbal	Contador Publico	Droguería América Centro	$15.000.000 15 meses	01/03/2017	30/06/2019
	Profesional de Costos	Compañía Vital de Colombia	16 meses	01/02/2019	18/06/2020
	Profesional de Costos	Compañía Vital de Colombia	08 meses	19/06/2020	12/02/2021
N. 002 del 1 de enero de 2023	Contador Publico	Hospital Departamental de Granada ESE	$60.838.392 12 meses	01/01/2023	31/12/2023

N. 054 del 01 de enero de 2024	Contador Publico	Hospital Departamental de Granada ESE	$4.900.871 01 mes	01/01/2024	31/01/2024
N. 112 del 01 de febrero de 2024	Contador Publico	Hospital Departamental de Granada ESE	$58.556.949 11 meses	01/02/2024	31/12/2024
N. 006 de enero de 2025	Contador Publico	Hospital Departamental de Granada ESE	$63.880.308	01/01/2025	31/12/2025
N. 005 de enero de 2026	Contador Publico	Hospital Departamental de Granada ESE	$34.743.790	02/01/2026	29/06/2026

Cordialmente,

Nombre: ODALINDA CAMAYO GUETIO
Cargo: CONTADORA PUBLICA
Documento de Identidad: C.C.N. 40.449.521
Ciudad: GRANADA META
Dirección: CARRERA 11 N 20-69
Teléfono: 3105567855
Correo: odalinda1507@gmail.com

HOSPITAL DEPARTAMENTAL GRANADA	FORMATO DE CONOCIMIENTO DE PROVEEDORES	GJ-P1-F22 Versión 1	

CLASE DE CLIENTE Proveedor [ ] Empleado [X] **FECHA DILIGENCIAMIENTO** 30 (DÍA) 06 (MES) 2026 (AÑO)

1. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL (Para las personas jurídicas esta información será la del representante legal)

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS Identificación tipo: C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] Fecha de Expedición: 20 (DÍA) 08 (MES) 1999 (AÑO)

ODALINDA CAMAYO GUETIO — Número 40.449.521 — Expedida en GRANADA META

Fecha de Nacimiento: Año 1981 Mes 07 Día 15 — Lugar de Nacimiento: LEJANIAS META — Nacionalidad: COLOMBIANA

Dirección Residencia	Ciudad	Teléfono casa	Celular
CARRERA 11 N. 20-69	GRANADA	3125871586	3105567855

DETALLE ACTIVIDAD

Asalariado [ ] Independiente [X] Estudiante [ ] Rentista [ ] Socio [ ] Pensionado [ ]

Código de Actividad "CIIU" 6920 — E-Mail Odalinda1507@gmail.com

Ocupación / Profesión	Nombre Empresa donde Trabaja	Cargo que Desempeña
CONTADORA PUBLICA	HOSPITAL DPTAL, GRANADA	CONTADORA

Dirección Empresa	Ciudad	Teléfono	E Mail
CALLE 15 ENTRE CRA 2 Y 4	GRANADA	6587800 EXT178	gerencia@hospitalgranada.gov.co

PERSONA JURIDICA

Razón Social _____ NIT _____

Dirección Oficina Principal	Ciudad	Teléfono	Fax

Dirección Sucursal o Agencia	Ciudad	Teléfono	Fax

Tipo de empresa: Pública [ ] Privada [ ] Mixta [ ] Inversión extranjera [ ] Otra [ ] Cuál? _____

Código de Actividad "CIIU" [ ] E-Mail _____

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5 % DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXAR RELACIÓN)

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO
	C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] NIT. [ ]	
	C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] NIT. [ ]	
	C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] NIT. [ ]	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Activos $16.000.000 — Total Pasivos $0.

Ingresos Mensuales $ 5.855.695 — Otros Ingresos $ — Concepto _____

Egresos Mensuales $3.900.000 — Otros Egresos $ — Concepto _____

4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza transacciones en moneda extranjera? SI [ ] NO [X] Tipo de Transacción: Importación [ ] Exportación [ ]

Inversiones [ ] Préstamos [ ] Transferencias [ ] Otros [ ] Cuál? _____

Tipo de Producto	Identificación o Numero del Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.). PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES COMO CONTADORA

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano

3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.

4. De manera irrevocable autorizo a POSITIVA Compañía de Seguros S.A., para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente ó que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este Formulario.

5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas

6. INFORMACIÓN BANCARIA

Entidad	Sucursal y Tel.	Tipo de Cuenta	Cuenta Número
DAVIVIENDA	GRANADA META	AHORROS	0550091500061923

7. 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 Representante Legal del ~~Proveedor~~ ó Empleado

Huella

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la entrevista

Fecha de la entrevista (DÍA / MES / AÑO) Hora

Nombre Funcionario Responsable

Firma Funcionario Responsable

Resultado de la Entrevista

9. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación (DÍA / MES / AÑO): 30 / 06 / 26 Hora

Nombre y Cargo de quien verifica: FRANCISNEY SANCHEZ MARTINEZ Subgerente Administrativo.

Firma

~~Resultado de la~~ Resultado de la Verificación

Su busqueda no ha arrojado ningun resultado.

OFAC

Office of Foreign Assets Control

Sanctions List Search

Specially Designated Nationals and Blocked Persons list ("SDN List") and all other sanctions lists administered by OFAC, including the Foreign Sanctions Evaders List, the Non-SDN Iran Sanctions Act List, the Sectoral Sanctions Identifications List, the List of Foreign Financial Institutions Subject to Correspondent Account or Payable-Through Account Sanctions and the Non-SDN Palestinian Legislative Council List. Given the number of lists that now reside in the Sanctions List Search tool, it is strongly recommended that users pay close attention to the program codes associated with each returned record. These program codes indicate how a true hit on a returned value should be treated. The Sanctions List Search tool uses approximate string matching to identify possible matches between word or character strings as entered into Sanctions List Search, and any name or name component as it appears on the SDN List and/or the various other sanctions lists. Sanctions List Search has a slider-bar that may be used to set a threshold (i.e., a confidence rating) for the closeness of any potential match returned as a result of a user's search. Sanctions List Search will detect certain misspellings or other incorrectly entered text, and will return near, or proximate, matches, based on the confidence rating set by the user via the slider-bar. OFAC does not provide recommendations with regard to the appropriateness of any specific confidence rating. Sanctions List Search is one tool offered to assist users in utilizing the SDN List and/or the various other sanctions lists; use of Sanctions List Search is not a substitute for undertaking appropriate due diligence. The use of Sanctions List Search does not limit any criminal or civil liability for any act undertaken as a result of, or in reliance on, such use.

Download the SDN List | Sanctions List Search: Rules for use | Visit The OFAC Website

Download the Consolidated Non-SDN List | Program Code Key

Lookup

Type:	All	**Address:**	
Name:	40449521	**City:**	
ID # / Digital Currency Address:		**State/Province:***	
Program:	All 561-Related BALKANS BALKANS-EO14033	**Country:**	All
		List:	All
Minimum Name Score:	100		Search Reset

Lookup Results: 0 Found

Name	Address	Type	Program(s)	List	Score ▼

Your search has not returned any results.

* U.S. states are abbreviated on the SDN and Non-SDN lists. To search for a specific U.S. state, please use the two letter U.S. Postal Service abbreviation.

SDN List last updated on: 30/06/2026 10:08:32 AM
Non-SDN List last updated on: 1/8/2026 10:05:51 AM

ANEXO No. 7 FORMATO DE NO ESTAR INCURSO EN CONFLICTO DE INTERES

Granada – Meta, 30 junio 2026

Señores
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.
Calle 15 entre Cra 2 y 4 Granada-Meta.

REFERENCIA: INVITACION MEDIANTE LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA Nro. 018 DE 2026, PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO CONTADORA PUBLICA PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.".

Ref.: CERTIFICACIÓN DE NO ESTAR INCURSO EN CAUSALES DE CONFLICTO DE INTERESES

Cordial saludo,

Por medio de la presente, con el fin de que integre los soportes previos requeridos para la suscripción del presente contrato, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incursa en ninguna causal de conflicto de intereses, inhabilidad e incompatibilidad de aquellas establecidas en la Constitución Política de Colombia, así como las de los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, los de las Leyes 1952 de 2019, 1474 de 2011 y los del Decreto Ley 019 de 2012, y las demás que hayan sido constituidas en la ley.

Conforme lo anterior, manifiesto ser la única responsable por los efectos de la presente declaración, y por lo tanto asumo todas las consecuencias jurídicas que ello acarrea, tanto penales, como disciplinarias y fiscales.

Igualmente, manifiesto saber el contenido del artículo 442 del Código Penal, que establece: "Falso testimonio. El que, en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años".

Cordialmente,

Nombre: **ODALINDA CAMAYO GUETIO**
Cargo: CONTADORA PUBLICA
Documento de Identidad: C.C.N. 40.449.521
Ciudad: GRANADA META
Dirección: CARRERA 11 N 20-69
Teléfono: 3105567855
Correo: odalinda1507@gmail.com

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 04:23:07 horas del 16/06/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **40449521**, Apellidos y Nombres **CAMAYO GUETIO ODALINDA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA ESE**, con NIT **800037021-7** 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.

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

ANEXOS No. 08 CERTIFICADO DE NO ESTAR INCURSO (A) EN PROCESOS DE INASISTENCIA ALIMENTARIO

Yo ODALINDA CAMAYO GUETIO, identificada con cedula de ciudadanía No 40.449.521 expedida en GRANADA META; por medio del presente escrito manifiesto, bajo la gravedad de juramento, que NO tengo conocimiento sobre demandas de carácter alimentario en mi contra, como también expreso que a la fecha NO estoy incursa en procesos por alimentos.

Además, manifiesto que en el evento que surja una condena de esta naturaleza en mi contra saldré al saneamiento de dicha sentencia, como lo estipula el artículo 6° de la ley 311 del 12 de agosto de 1996.

El presente testimonio espontáneo y voluntario se realiza de acuerdo con lo fijado en el artículo 7° del Decreto Ley 019 de 2012 y el artículo 2.2.5.1.8 del decreto 1083 de 2015; y se expide a los 30 días del mes de JUNIO de 2026, con destino al Hospital Departamental de Granada E.S.E.

ODALINDA CAMAYO GUETIO
Firma y No. C.C. 40.449.521

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 40449521 **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 16/06/2026 04:18 AM

Código Verificación: **RPJGT4SUDX**

Válida hasta: **14/09/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
CAMAYO	GUETIO	ODALINDA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No 40449521	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 15 MES 06 AÑO 1982

PAÍS COLOMBIA

DEPTO META

MUNICIPIO LEJANÍAS

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 11 20 69 BARRIO MONTOYA

PAÍS COLOMBIA DEPTO META

MUNICIPIO GRANADA

TELÉFONO 3105567855 EMAIL odalinda1507@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		CONTADURIA PUBLICA	04	2016	224472

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL GRANADA META			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GRANADA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6587800	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2026	*Día*	29	*Mes*	06	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL "CONTADOR PUBLICO	*DEPENDENCIA* AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CALLE 15 2 4					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL GRANADA META			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GRANADA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6587800	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL "CONTADOR PUBLICO	*DEPENDENCIA* "FINANCIERA"						*DIRECCIÓN* CALLE 15 2 4 BARRIO VILLAOLIMPICA					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL GRANADA META			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GRANADA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6587800	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL "CONTADOR PUBLICO	*DEPENDENCIA* ADMIN. FINANCIERA Y CONTABLE						*DIRECCIÓN* CALLE 15 2 4					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL GRANADA META			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GRANADA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3202717969	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL "CONTADOR PUBLICO	*DEPENDENCIA* ADMIN. FINANCIERA Y CONTABLE						*DIRECCIÓN* CALLE 15 2 4					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COMPAÑIA VITAL DE COLOMBIA - COVICOL S.A.S			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GRANADA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3232243180	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNOLOGO CONTABLE	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y CONTABILIDAD						*DIRECCIÓN* CARRERA 1A 15 6 LOCAL 103					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GRANADA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6741128	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2019	*Día*	12	*Mes*	02	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL DE COSTOS	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y COSTOS						*DIRECCIÓN* CARRERA 1 15 6 BARR SABANAS DE IRIQUE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COMPAÑIA VITAL DE COLOMBIA - COVICOL S.A.S			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GRANADA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3134182762	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2017	*Día*	12	*Mes*	02	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ANALISTAS DE COSTOS Y PRODUCCI	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y CONTABILIDAD						*DIRECCIÓN* CARRERA 1 15 6 LOCAL 103					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DROGUERIA AMERICA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GRANADA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3134182762	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2016	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTADOR PUBLICO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA CONTABILIDAD					*DIRECCIÓN* CALLE 16 14 40 BARRIO CENTRO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COMPAÑIA VITAL DE COLOMBIA - COVICOL S.A.S			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GRANADA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3232243180	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2016	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE CONTABLE	*DEPENDENCIA* ADMINISTACION Y CONTABILIDAD					*DIRECCIÓN* CARRERA 1 15 6 LOCAL 103 VILLAVICENCIO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL GRANADA META			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GRANADA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6587800	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	08	*Año* 2016	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 22/2016 ASISTENTE CONTABLE	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y CONTABLE					*DIRECCIÓN* CALLE 15 2 4 GRANADA META						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PRO ALTER SAS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GRANADA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 312011437	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	05	*Año* 2006	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE DE COSTOS Y CONTABIL	*DEPENDENCIA* AREA DE COSTOS					*DIRECCIÓN*						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7. TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	16	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8. FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9. OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2026-06-23 19:27

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ODALINDA		CAMAYO	GUETIO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	40449521

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	GRANADA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	GRANADA

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	HOSPITAL DEPARTAMENTAL GRANADA META

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	GRANADA

Dirección	["Calle 15 entre carreras 2 y 4"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1 DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$63.880.308,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$63.880.308,00

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	$6.562.453,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MUEBLES	COLOMBIA	META	GRANADA	$18.500.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
DEUDA	$1.300.000,00

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3 DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1 INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2 INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3 INTERESES DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4 OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5 DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

26. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **40.449.521**

CAMAYO GUETIO
APELLIDOS

ODALINDA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-JUL-1981**

LEJANIAS
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

20-AGO-1999 GRANADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5203500-00256384-F-0040449521-20100916 0024002314A 1 34842004

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA ESE

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:27:16 AM horas del 30/06/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **40449521**

Apellidos y Nombres: **CAMAYO GUETIO ODALINDA**

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

Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 16 de junio de 2026, a las 03:49:14, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	40449521
Código de Verificación	404495212606160349l4

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 297936907

PIB
03:47:18

Bogotá DC, 16 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) ODALINDA CAMAYO GUETIO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 40449521:

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 Relacionamiento 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.

Policía Nacional de Colombia

(https://www.policia.gov.co/)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 16/06/2026 03:54:51 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **40449521** y Nombre: **ODALINDA CAMAYO GUETIO.**

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. **142104813** . 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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

y en su nombre

LA CORPORACIÓN UNIFICADA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Con Personería Jurídica 1379 del 3 de febrero de 1983

y debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,

Confiere a:

Odalinda Camayo Guetio

C.C. 40,449,521

Por cumplir satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la Institución, de conformidad con las normas legales y reglamentarias vigentes, le otorga

el título de:

Contador Público

Registro M.E.N.
53143

Dado en Granada, Meta *, el día* 29 *del mes* abril *de* 2016

Rector *Vicerrector Académico* *Secretaria General*

Acta de grado Nº 25642 *Fecha* 29/04/2016 *Registro de diploma Nº* 25642 *, Libro* 6 *,Folio* 355

Corporación Unificada Nacional
de Educación Superior

ESCUELA CIENCIAS ADMINISTRATIVAS

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 25642

En **Granada, Meta** a los veintinueve (29) días del mes de **abril** del año dos mil dieciséis **(2016),** se llevó a cabo el acto de graduación en la cual la Corporación Unificada Nacional de Educación Superior – C.U.N.,con previa autorización del Ministerio de Educación Nacional conforme Registro No. **53143** y previo el juramento de rigor, confirió el título de:

CONTADOR PÚBLICO

A **ODALINDA CAMAYO GUETIO**, identificada con **cédula de ciudadania No. 40,449,521,** quien acredita haber cumplido con los requisitos legales, académicos y reglamentarios predicables, en virtud de lo anterior se le otorga la presente acta individual de grado y se hace anotación de la misma bajo el No. **25642** del libro de Registros de título No.**6** a Folio **355.**

En constancia de lo anterior, se firma la presente acta de grado, a los veintinueve **(29)** días del mes de **abril** del año dos mil dieciséis **(2016),** en **Granada, Meta.**

SECRETARIA GENERAL

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES



224472-T

ODALINDA
CAMAYO GUETIO
C.C. 40449521
RES. INSCRIPCION 26 DEL 20/01/2017
CORPORACION UNIFICADA NACIONAL DE EDUCACION SUPERIOR CUN

OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA
DIRECTOR GENERAL

234346 240274

Identificación Plástica S.A. 170014/0117

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 3444150 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Calle 96 No. 9 – 21 Bogotá D.C

FIRMA

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA ESE

Odalinda Camayo Guetio
Contadora Pública
T.P N. 224472 T

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:

QUIEN INTERESE

Que el contador público **ODALINDA CAMAYO GUETIO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 40448521 de GRANADA (META) Y Tarjeta Profesional No 224472-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

Dado en BOGOTA a los 22 días del mes de Mayo de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 8 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado.

Carrera 11 N. 20 – 69 MontoyaPava
E-mail: odalinda1507@gmail.com
Celular3105567855
Granada Meta

COVICOL	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO	GA-FT-32
	CERTIFICADO LABORAL	VERSIÓN	1
		PÁGINA	1 DE 1

CLA-0359

COMPAÑÍA VITAL DE COLOMBIA

900.229.438-1

CERTIFICA QUE:

El Señor(a) **CAMAYO GUETIO ODALINDA** identificado(a) con cédula de ciudadanía N.º 40.449.521 labora con nosotros bajo la modalidad de un **CONTRATO DE OBRA O LABOR**, Devengando actualmente un salario de dos millones seis mil seiscientos treinta y ocho pesos mcte ($2.006.638) más prestaciones de ley.

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Cargos
01/02/2019	18/06/2020	PROFESIONAL DE COSTOS
19/06/2020	12/02/2021	PROFESIONAL DE COSTOS
03/03/2021	10/01/2022	TECNOLOGO CONTABLE
11/01/2022	Laborando Actualmente	TECNOLOGO CONTABLE

La presente certificación se expide a solicitud del interesado(a) en Granada – Meta, el día ocho (08) del mes de noviembre del 2022.

Atentamente,

JASBLEIDY SUAREZ
Coordinadora de Talento Humano

Dirección: Carrera 1 N.15 - 06 casa 18 – local 103 barrio Sabanas de Irique, Granada - Meta
Teléfono: 6741128 Ext. 137, 138
Celular 3208029847

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA	CERTIFICACIÓN CONTRACTUAL	GJ-P1-F8 Versión 2	

LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.

HACE CONSTAR

Que el **HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E. con NIT. 800037021-7**, ha suscrito con la contadora **ODALINDA CAMAYO GUETIO** identificada con cédula de ciudadanía N° 40.449.521 de Granada Meta, el siguiente contrato:

1. CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° 0002 DE FECHA DE 01 DE ENERO DE 2023

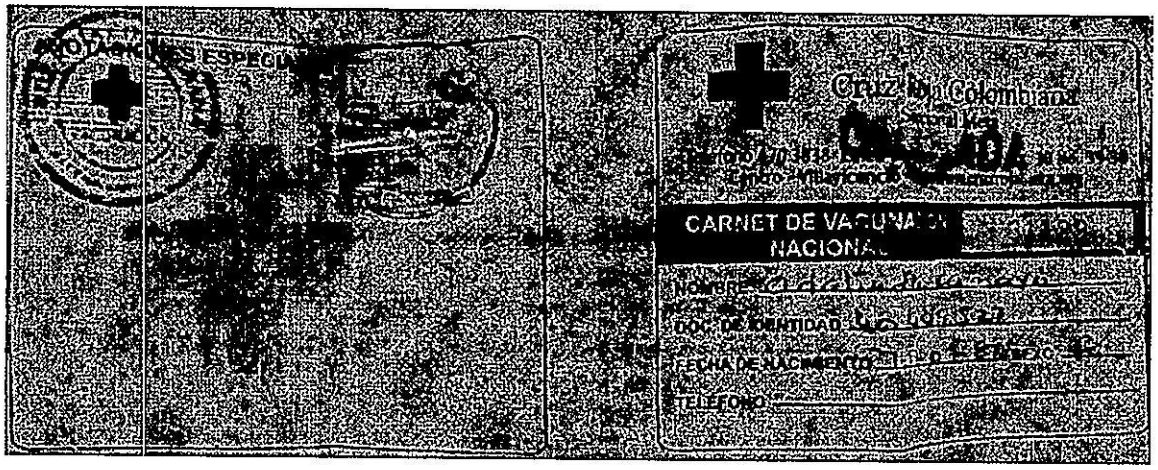
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS
CONTRATO No.	0002 DEL 01 DE ENERO DE 2023
OBJETO	PRESTACIÓN DEL SERVICIO PROFESIONAL COMO CONTADOR PÚBLICO DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.
PLAZO DE EJECUCIÓN	SEIS (6) MESES
VALOR DEL CONTRATO	TREINTA MILLONES CUATROCIENTOS DIECINUEVE MIL CIENTO NOVENTA Y SEIS PESOS ($30.419.196.00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA.
ADICION N°1	QUINCE MILLONES DOSCIENTOS NUEVE MIL SEISCIENTOS UN PESOS ($15.209.601.00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA
ADICION N°2	QUINCE MILLONES DOSCIENTOS NUEVE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS ($15.209.595.00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	SESENTA MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS ($60.838.392.00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA
FECHA DE INICIO	01 DE ENERO DE 2023
FECHA DE TERMINACION INICIAL	30 DE JUNIO DE 2023
PRORROGA N° 1	TRES (03) MESES
PRORROGA N° 2	TRES (03) MESES
FECHA TERMINACION FINAL	31 DE DICIEMBRE DE 2023
ESTADO ACTUAL DEL CONTRATO	EN EJECUCION

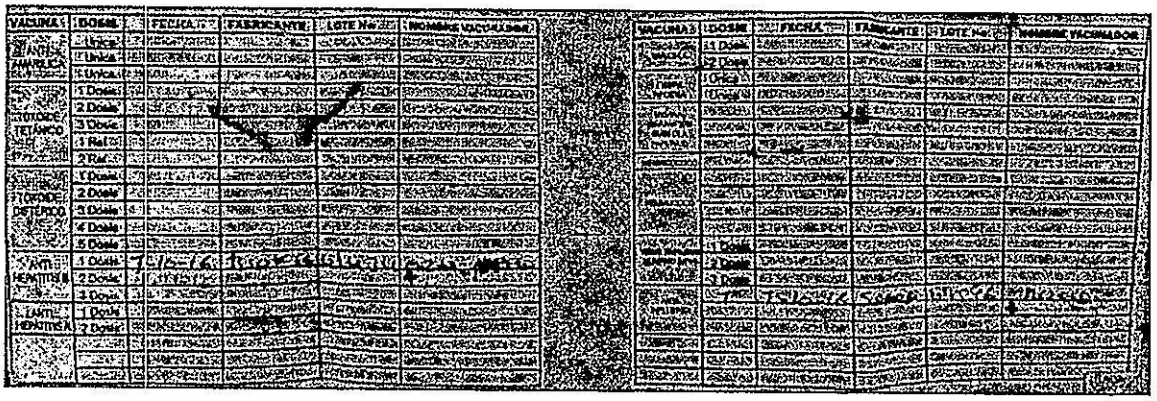
Dado en Granada, a los veintiséis (26) días del mes de diciembre de dos mil veintitrés (2023).

MARIA TERESA ABREU NAVARRO

Proyectó:	Karen Indira Zuluaga Chávez – Proceso: Gestión Administrativa – Tecnóloga en Contratación – Compañía Vial de Colombia – COVICOL S.A.S.
Verificó jurídicamente:	Aura Beatriz Martínez Hernández – Asesora Jurídica en Contratación – Contrato de prestación de servicios profesionales N° 0086 de 2023 – Hospital Departamental de Granada E.S.E.

CARNET VACUNA HEPATITIS:





Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: d868692d-ffe3-4354-b240-1bfb16317421

Nombres y apellidos / Full name: ODALINDA CAMAYO GUETIO

Tipo de identificación / ID Type: CEDULA DE CIUDADANIA

Número de identificación / ID Number: 40445952

Fecha de nacimiento / Date of birth: 15/07/1981

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3105567655

Correo electrónico / e-mail: ODALINDA1507@GMAIL.COM

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Dose	Fecha de aplicación / Date of Vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Name and Surname Vaccinator
TD Adulto	Primera	27	10	2014			COORPORACION IPS LLANOS GRANAD	
Fiebre Amarilla	Única	30	9	2016		M50101	GRANADA E.S.E PRIMER NIVEL DE	
TD Adulto	Segunda	30	9	2016		D2276	GRANADA E.S.E PRIMER NIVEL DE	
TD Adulto	Tercera	2	8	2019		221502016B	COORPORACION IPS LLANOS GRANAD	Yesica marcela Rojas vanegas
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	2	8	2019		T3B841V	COORPORACION IPS LLANOS GRANAD	Yesica marcela Rojas vanegas
TdaP Acelular Gestante	Anual	14	9	2019		AC37B285AC	COORPORACION IPS LLANOS GRANADA	Yesica marcela Rojas vanegas
COVID SINOVAC	Primera	6	4	2021	Sinovac	E202102012	ESE PRIMER NIVEL GRANADA SALUD	Angelica Medina Reyes
COVID SINOVAC	Segunda	4	5	2021	Sinovac	K202103011	ESE PRIMER NIVEL GRANADA SALUD	ANGELICA MEDINA REYES
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	25	3	2022		037M21A	E.S.E primer nivel granada salud	LINDA VANESSA MORENO
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	10	5	2024	Green Cross	V50524003	MULTISALUD GRANADA	YESICA MARCELA ROJAS VANEGAS
COVID MODERNA XBB1.5	Adicional 1	10	5	2024	Catalent Indiana	032H23A	MULTISALUD GRANADA	ANNGY CAROLINA BEDOYA GOMEZ
TD Adulto	Cuarta	6	12	2024	Serum	2333L037C	ESE PRIMER NIVEL GRANADA SALUD	LUZ MIRYAM ZAPATA VELASQUEZ

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

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

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

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

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

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

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

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

Granada Meta, 30 de junio de 2026

Señores
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA ESE

Buen día,

Por medio de la presente me permito manifestar que en la actualidad no hay Disponibilidad de vacunas HEPATITIS B en el municipio de Granada, razón por la cual solicito una prorroga para aplicar la Dosis correspondiente a la vacuna en mención.

Esta segunda Dosis, se aplicará la próxima semana cuando ya esté disponible en los puntos de dispensación.

Cordialmente,

ODALINDA CAMAYO GUETIO
CC. 40.449.521 Granada Meta

Dra. María Elena Sánchez Andrade
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
RESOLUCIÓN S.O 0519
CALLE 14 Nº 11 13 19 BARRIO TAMAGUAVI
TELEFONO 321 504 00 39 310 241 26 09 EMAIL ocupsalud[illegible]

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

NOMBRE	[illegible] Cordero G			C.C	4044952
SEXO	F	EDAD		CARGO	Comisario
EMPRESA	Hosp. Santa Gertrudis (H)			FECHA	18-06-26

Hago constar que en la fecha se ha examinado al aspirante, dentro del examen solicitado por ustedes, con el siguiente resultado, despues de la valoración médica

DIAGNOSTICO(S)

EVALUACION MEDICA PRE OCUPACIONAL	Satisfactoria
EVALUACION MEDICA PERIODICA	
EVALUACION MEDICA POST OCUPACIONAL	
EVALUACION MEDICA POST INCAPACIDAD	
EXAMEN DE LABORATORIO CLINICO	
RADIOGRAFIA L - S	
AUDIOMETRIA	
OPTOMETRIA	
ESPIROMETRIA	

RESULTADOS VALORACION.

APTO
NO APTO
APTO CON RESTRICCION
APLAZADO

CAUSALES:
1
2

RECOMENDACIONES
1
2
3

Dra. María E. Sánchez A. MEDICO CIRUJANO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL RM 19-0519

FIRMA DEL MEDICO
R.M. 19-0519
LIC S.O. Nº 0519

FIRMA DEL TRABAJADOR
C C

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141119702334

(415)7707212489984(8020) 000014111970233 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 0 4 4 9 5 2 1	1	Impuestos y Aduanas de Villavicencio	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	4 0 4 4 9 5 2 1	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Meta 5 0	Granada 3 1 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CAMAYO	GUETIO	ODALINDA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Granada 3 1 3

41. Dirección principal
CR 11 20 69 BRR MONTOYA

42. Correo electrónico odalinda1507@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 5 5 6 7 8 5 5	3 1 2 5 8 7 1 5 8 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
6 9 2 0	2 0 1 7 0 2 1 5						2 4 1 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 2 2 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
22- Obligado a cumplir deberes formales a
49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

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: 2024-08-27 / 04:48:32PM

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CAMAYO GUETIO ODALINDA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Salud Total

VILLAVICEN, Junio 25 de 2026

Señora:

CAMAYO GUETIO ODALINDA

CC. 40449521CR 12 19 36 - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Julio 30 de 2020. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_cot	Sem_Ant	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
CAMAYO GUETIO ODALINDA	40449521	C	Jul-30-2020	56	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
SUAREZ CAMAYO DAVID SANTIAGO	1120390653	R	Jul-30-2020	56	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
SUAREZ CAMAYO MANUEL DAVID	1120839175	C	Jul-30-2020	56	26	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
ODALINDA CAMAYO GUETIO	40449521	Independientes con contrato de prestación de servi	VIGENTE
COMPANIA VITAL DE COLOMBIA SAS	40449521	Dependiente	CERRADO
COMPANIA VITAL DE COLOMBIA SAS	40449521	Dependiente	CERRADO
COMPANIA VITAL DE COLOMBIA SAS	40449521	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada. si el Estado Actual es afiliación cancelada. novedad de retiro de trabajo. afiliación no efectiva.

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ODALINDA CAMAYO GUETIO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía número 40449521,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2022** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de junio de 2026.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que ODALINDA CAMAYO GUETIO identificado(a) con CC 40449521 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

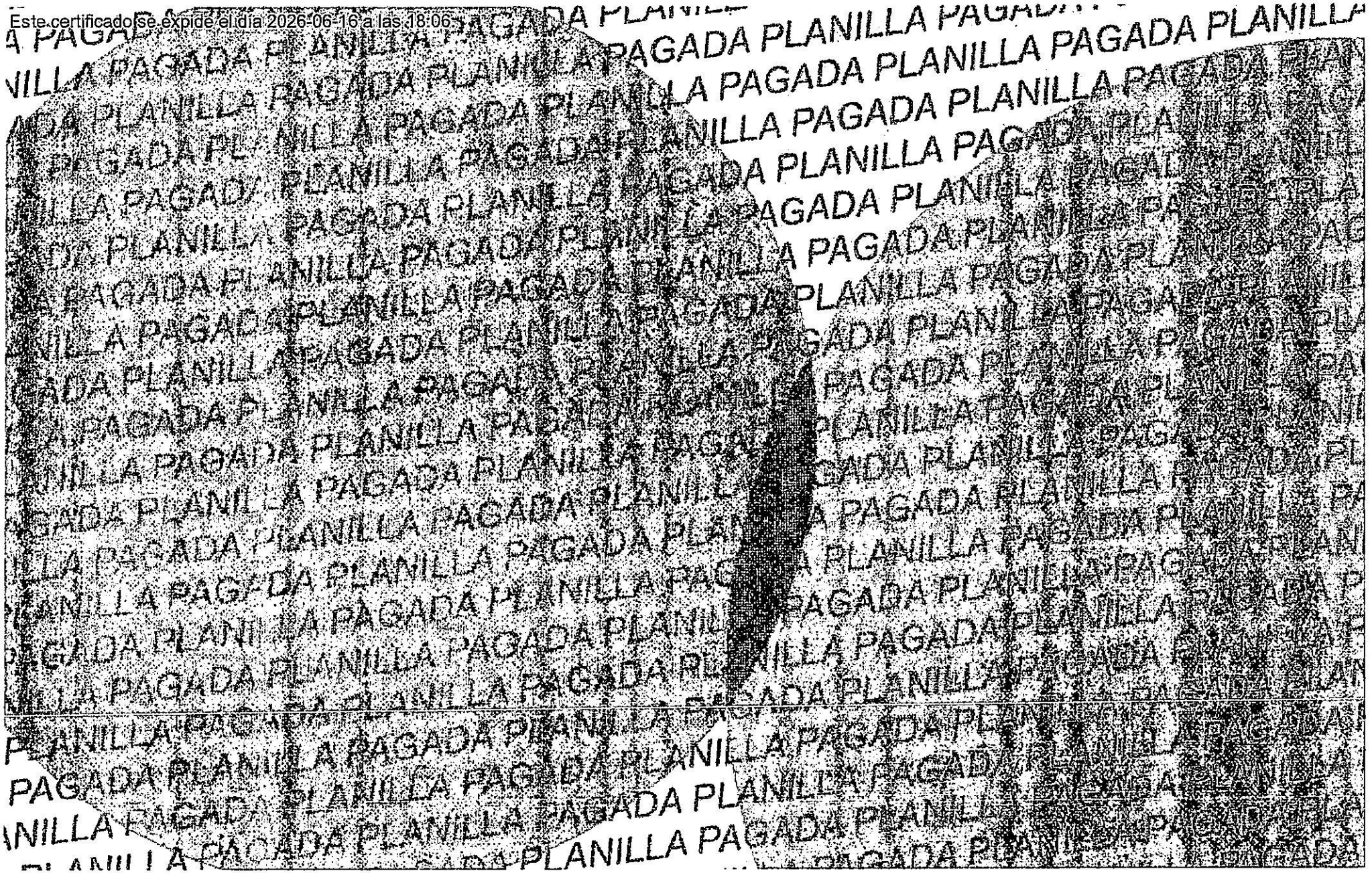
APORTANTE: CAMAYO GUETIO ODALINDA CC 40449521

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades														
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9506314634	394256650		2026-06-16	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-06	30																	
9506314634	394256650		2026-06-16	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-06	30																	
9506314634	394256650		2026-06-16	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-06	30																	
9504930436	394247148		2026-06-16	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-05	30																	
9504930436	394247148		2026-06-16	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-05	30																	
9504930436	394247148		2026-06-16	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-05	30																	
9501746377	328356267		2026-05-22	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																	
9501746377	328356267		2026-05-22	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																	
9501746377	328356267		2026-05-22	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																	
9501402095	136710370		2026-03-13	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																	
9501402095	136710370		2026-03-13	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																	
9501402095	136710370		2026-03-13	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																	
9501349996	136694731		2026-03-13	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-02	30																	
9501349996	136694731		2026-03-13	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-02	30																	
9501349996	136694731		2026-03-13	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-02	30																	
9500160551	83700413		2026-02-23	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-01	30																	
9500160551	83700413		2026-02-23	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-01	30																	
9500160551	83700413		2026-02-23	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-01	30																	

aportes en línea

Certificado de Aportes

Este certificado se expide el día 2026-06-16 a las 18:06



Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

GRANADA, **26/12/2025**
META,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ODALINDA CAMAYO GUETIO** con **Cédula de Ciudadanía** número **40449521**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550091500061923**
Fecha de apertura	**13/02/2018**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

REQUISITOS PARA PROFESIONAL ADMINISTRATIVO

NOMBRE: ODALINDA CAMAYO GUETIO
CARGO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO CONTADORA PUBLICA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.

1. Formato de Hoja de Vida SIGEP II. **OK**

2. Declaración de bienes y rentas y registro de conflictos de interés https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth. **OK**

3. Fotocopia del documento de identidad persona natural, personas naturales colombianas deberán presentar copia de su Cédula de Ciudadanía. Las personas naturales extranjeras, deberán acreditar su existencia mediante la copia de su pasaporte, y si se encuentran residenciadas en Colombia, mediante la presentación de la copia de la Cédula de Extranjería expedida por la autoridad colombiana competente. **OK**

4. Fotocopia de la libreta militar, si el proponente es persona natural hombre menor de 50 años. En caso de pérdida deberá anexar certificación de la Dirección de Reclutamiento donde conste que la situación militar se encuentra definida. En todo caso, para los hombres menores de 50 años, el Hospital podrá realizar verificación de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 (CUANDO APLIQUE). **N/A**

5. Certificado de antecedentes judiciales vigente expedido por la Policía Nacional, del proponente persona natural. En caso de no aportarlo la Entidad deberá consultar los antecedentes en la página de la Policía Nacional, de conformidad con el Decreto 019 de 2012. **OK**

6. Certificado de No Inclusión en el Boletín de responsables Fiscales expedido en la Contraloría General de la República, en el evento en que el proponente no lo aporte el Hospital realizará la consulta y dejará constancia de esta. **OK**

7. Certificado de antecedentes disciplinarios expedidos por la Procuraduría General de la Nación, en el evento en que el proponente no lo aporte con su propuesta, el Hospital según lo señalado en la ley 1238 de 2008 lo consultará y dejará el registro de la consulta. **OK**

8. Certificado del sistema registro nacional de medidas correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia, según la ley 1801 de 2016 Código Nacional de Policía y Convivencia. **OK**

9. Diploma y acta de grado (Pregrado) y homologación ICFES si los estudios de pregrado los realizó en el Exterior. **OK**

10. Diploma y acta de grado (Especialización) y homologación ICFES si los estudios de postgrado los realizó en el Exterior. **OK**

11. Acreditación de experiencia profesional (Certificación, Contrato o Acta de liquidación) o en donde se acredite mínimo un (1) año de experiencia profesional. **OK**

12. Carnét de Vacunas Hepatitis B, Tetano, Fiebre Amarilla y Covid 19 (Esquema completo y actualizado). OK

13. Examen médico ocupacional (actualizado o No mayor a 18 meses). OK

14. REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO. RUT. Actualizado de acuerdo con la Resolución No. 139 de 2012 de la DIAN. (Debe contener la obligación de facturación electrónica, si está obligado a hacerlo). OK

15. Las personas naturales deben acreditar lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, es decir, encontrarse afiliados al régimen de pensiones y Salud. (Constancia de afiliaciónmes vigente). OK

16. Certificación bancaria informando el número de la cuenta donde se le pueden consignar los pagos. OK

17. ANEXOS

- Carta de Presentacion de la propuesta (Anexo 1). OK
- Oferta Economica (Anexo 2). OK
- Compromiso de Transparencia (Anexo 3). OK
- Certificado de Inhabilidades e incompatibilidades (Anexo 4). OK
- Experiencia Acreditada (Anexo 5). OK
- Formato de SARLAFT persona jurídica o natural (Anexo 6). OK
- Formato de no estar incurso en conflicto de interés (Anexo 7). OK
- Constancia de no estar en curso de inasistencia alimentaria https://www.red am.gov.co (Anexo 8). OK
- Constancia de no estar incurso en delitos sexuales (Se debe descargar https://inhabilidades.policia.gov.co:8080-POLICIA NACIONAL). (Anexo 9). OK

NOTA:

- **Los documentos deben estar legibles y se deben entregar completos al área de Talento Humano.**

El área de Talento humano luego de verificar la Hoja de vida del profesional en Contaduría Pública, ODALINDA CAMAYO GUETIO identificada con cedula de ciudadanía No. 40.449.521 de Granada - Meta, certifica que los requisitos están debidamente soportados según su profesión.

Cordialmente,

JOSE ALEXANDER MORENO HOYOS
Gestor Talento Humano.

Elaboro: Andrea Carolina Diaz Cuervo, Tecnóloga Talento Humano