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
Oviedo	Velandia	Alison Mariana

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No 1098073180	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ○ EXTRANJERO ○	

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA DIA 19 MES 10 AÑO 2007	
PAÍS	PAÍS / DEPTO
DEPTO	MUNICIPIO
MUNICIPIO	TELÉFONO / EMAIL alisonoviedo02@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2024
										X				

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	3	X		TECNICO	11	2024	1098073180

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 VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día		*Mes*		*Año*		*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*						*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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
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 Bucaramanga Julio 2026

Alison V

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.

1/07/2026

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-06-16 11:15

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ALISON	MARIANA	OVIEDO	VELANDIA

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1098073180

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	BUCARAMANGA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	BUCARAMANGA

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 MILITAR CENTRAL

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.
Dirección	[" TRANSVERSAL - 3A 49 02"]				
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	$1.800.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$1.800.000,00

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	$5.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO UNICO
ACIÓN 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, Alison Manana Oviedo Velandia

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1098073180 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: Bucaramanga

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	Santander	Bucaramanga

Dirección: Avenida Quebrada Seca 33a #207 Teléfonos:

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Oscar Mauricio Oviedo Pedraza	CC 1098 624171	Papá
Nelly Dayanna Velandia Santesteban	CC 1098 689401	Mamá
Emily Aceros Velandia	TI 1142720262	Hermana
Juan Sebastian Oviedo Villarreal	TI 1042862508	Hermano
Oscar Martin Oviedo Villarreal	TI 1077250567.	Hermano

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	12'500.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	0
GASTOS DE REPRESENTACION	0
ARRIENDOS	0
HONORARIOS	0
OTROS INGRESOS Y RENTAS	0
TOTAL	12'500.000

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	0125033924	Bucaramanga	

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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** **NO X** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
	C.C. C.E. T.I.	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Alison V

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bucaramanga

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

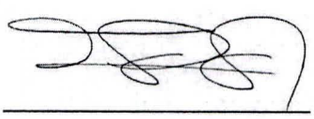
Que nuestro(a) cliente ALISON MARIANA OVIEDO VELANDIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,098,073,180 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DIGITAL No. 125033924 aperturada el 1 de diciembre de 2025 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 12 de junio de 2026.

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

Cuenta de 10 dígitos:	0125033924
Cuenta de 16 dígitos:	0125000200033924
Cuenta de 20 dígitos:	00130125000200033924

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

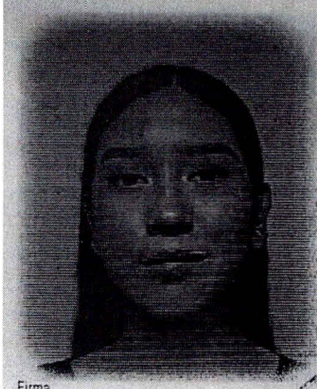
Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.098.073.180



Apellidos
OVIEDO VELANDIA

Nombres
ALISON MARIANA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.70	F

Fecha de nacimiento
19 OCT 2007

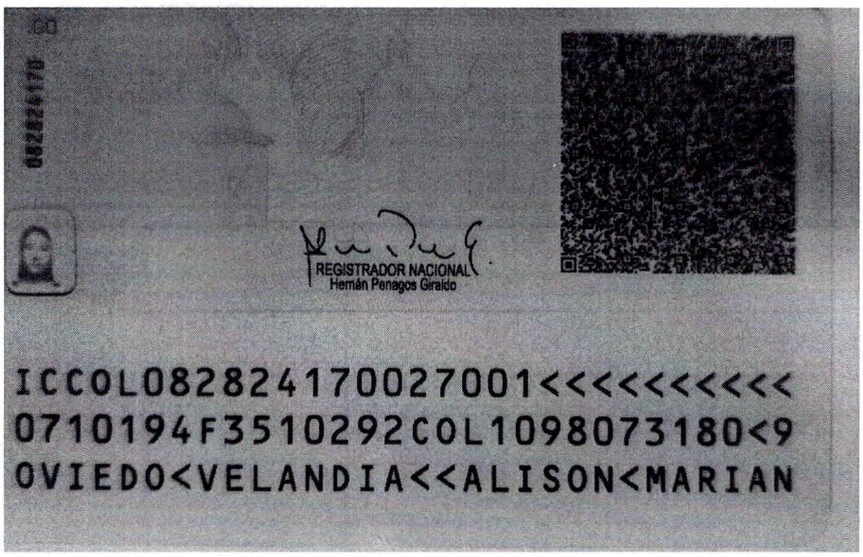
G.S.
A+

Lugar de nacimiento
BUCARAMANGA (SANTANDER)

Fecha y lugar de expedición
29 OCT 2025, BUCARAMANGA

Firma

Fecha de expiración
29 OCT 2035



00282417O

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL08282417O027001<<<<<<<<<<
0710194F3510292COL1098073180<9
OVIEDO<VELANDIA<<ALISON<MARIAN

La República de Colombia
y en su nombre el

Colegio
Santa Isabel de Hungría

Floridablanca - Santander

Reconocido oficialmente por la Secretaría de Educación Municipal de Floridablanca según Resolución No. 0306 de octubre 10 de 2005 y modificado mediante Resolución 0314 del 05 de febrero de 2019,

Confiere a

Alison Mariana Oviedo Velandia

Identificado(a) con T.I. No. 1098073180 Expedida en Floridablanca-San

El Título de

Bachiller Técnico
Especialidad en Comercio

Por haber culminado la Educación Media Técnica y haber cumplido con todos los requisitos de promoción adoptados por el establecimiento educativo en su Proyecto Educativo Institucional de acuerdo con la ley y las normas vigentes.

Rectora, Secretaria

Ana Cira Rosa Alvarado A. Marina Vasquez V.

FE CIENCIA JUSTICIA
COLEGIO SANTA ISABEL DE HUNGRIA

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 3 Folio No. 18 Diploma No. 20241159

icontec ISO 9001 SC 4666-1

Dado en Floridablanca, a 30 de Noviembre del año 2024

COLEGIO
SANTA ISABEL DE HUNGRÍA

FLORIDABLANCA - SANTANDER

DANE 368276001563

Acta de Grado

En el Municipio de Floridablanca, a los 30 días del mes de noviembre de 2024, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría del COLEGIO SANTA ISABEL DE HUNGRÍA, Institución aprobada hasta undécimo grado en el nivel de educación Media TÉCNICA y reconocido oficialmente por la Secretaría de Educación Municipal de Floridablanca, para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad TÉCNICA, según Resolución No. 0306 del 10 de Octubre de 2005 y modificada mediante Resolución No. 0314 del 5 de Febrero de 2019.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media TÉCNICA, llenando los requisitos del respectivo Proyecto Educativo Institucional, se procedió a otorgar el TÍTULO DE:

BACHILLER TÉCNICO
CON ESPECIALIDAD EN COMERCIO

al graduando cuyos apellidos, nombres y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

OVIEDO VELANDIA ALISON MARIANA
T.I. 1098073180 DE FLORIDABLANCA - SANTANDER

Es fiel copia tomada del Acta General de Graduación No. 66 de fecha 30 de noviembre de 2024, que consta de 92 estudiantes que inicia con el nombre de: AMAYA MORA CAMILO y cierra con el nombre de ZAPATA BUITRAGO SARAY CAMILA.

Firmada y sellada por SOR ANA ROSA ALMANZA ALMANZA (Rectora) y MARINA VÁSQUEZ VÁSQUEZ (Secretaria)

Dada en el Municipio de Floridablanca, a los 30 días del mes de noviembre de 2024.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

ALISON MARIANA OVIEDO VELANDIA

Con Tarjeta de Identidad No. 1098073180

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad. le confiere el

Título de

TÉCNICO EN

CONTABILIZACION DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS.

En testimonio de lo anterior. se firma el presente Titulo en Floridablanca. a los veinticinco (25) dias del mes de noviembre de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por

WILSON BASTOS DELGADO
Subdirector CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURÍSTICOS
REGIONAL SANTANDER

89517225 - 25/11/2024
No y 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 9309002728059TI1098073180C.

REGIONAL SANTANDER
CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURÍSTICOS

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 89517225 - 25/11/2024

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: ALISON MARIANA OVIEDO VELANDIA. Con Tarjeta de Identidad No. 1098073180

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA. RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TÉCNICO EN CONTABILIZACION DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS.

En constancia de lo anterior se firma la presente en Floridablanca. a los veinticinco (25) dias del mes de noviembre de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por

WILSON BASTOS DELGADO
Subdirector CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURÍSTICOS
REGIONAL SANTANDER

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 9309002728059TI1098073180A.

PUBLICA

EJÉRCITO NACIONAL

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MÉDICO DE BUCARMANGA

Bucaramanga 1 **de** Julio **del 2026**

Señor
Suboficial De Seguridad Militar DMBUG

Asunto: entrega del ESP.

A través de la presente yo, Alison Mariana Oviedo Velandia con cedula de ciudadanía N°: 1098073180 de Bucaramanga hago entrega de los formatos diligenciados del ESP.

ENTREGA:

Alison V

CC.: 1098073180

RECIBE:

Suboficial De Seguridad Militar DMBUG
C.C. 1054277636

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:52:12 AM horas del 16/06/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1098073180**

Apellidos y Nombres: **OVIEDO VELANDIA ALISON MARIANA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
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 10:53:31, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1098073180
Código de Verificación	1098073180260616105330

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 297954299

PIB
10:54:37

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) ALISON MARIANA OVIEDO VELANDIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1098073180:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 16/06/2026 11:16:44 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1098073180** y Nombre: **ALISON MARIANA OVIEDO VELANDIA.**

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. **142132398** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141223048535

(415)7707212489984(8020) 000014122304853 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 9 8 0 7 3 1 8 0	8	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 9 8 0 7 3 1 8 0	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OVIEDO	VELANDIA	ALISON	MARIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

41. Dirección principal: AC 33 A # 207 - 207 avenida quebrada seca # 33a 207

42. Correo electrónico: alisonoviedo02@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono	45. Teléfono 2
6 8 0 0 0 1	3 2 0 4 1 1 5 0 7 5	3 1 7 8 1 7 8 0 8 2

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 2 4 1 1 2 5						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2025-11-28 / 02:31:46PM

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 OVIEDO VELANDIA ALISON MARIANA

985. Cargo Contribuyente

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 11:21:07
ALISON MARIANA OV...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio

Última Actualización

OPORTUNIDADES RECIENTES

0 Suscripciones

0 En edición

0 Adjudicaciones pendientes

0 Invitaciones directas

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Sugerencias SECOP



El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

Mensaje Todos

Sin mensajes...
Más información .

Oportun Recibidas

Sin oportunidades
Más información .

Salud

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS Fecha de Corte: 2026-06-12

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL Fecha de Corte: 2026-06-12

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Salud

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA

Fecha de Corte: 2026-06-12

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1098073180	ALISON	MARIANA	OVIEDO	VELANDIA	F

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2026-06-12

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
EPS SURAMERICANA S.A.	Contributivo	10/12/2025	Activo	COTIZANTE	FLORIDABLANCA

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2026-06-12

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2026-06-12

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2026-06-12

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A CESANTIAS

Fecha de Corte: 2026-06-12

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

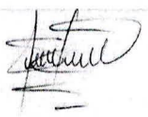
Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1098073180,** *no está registrado/a* en el 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 16 de junio de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

CER_AFI_2026028303831

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ALISON MARIANA OVIEDO VELANDIA identificado con CC. 1098073180 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Tipo y Numero de Documento	NI - 901541137

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/01/15	**Fecha inicio contrato**	2026/01/15
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/31
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 16 días del mes de junio del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC16062026N1098073180A19002498.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **ALISON MARIANA OVIEDO VELANDIA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1098073180** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1098073180
NOMBRES Y APELLIDOS	ALISON MARIANA OVIEDO VELANDIA
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	10/12/2025
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **16/06/2026**

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

DIGSA	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA GRUPO DE TALENTO HUMANO	Formato Acta de compromiso acatamiento normas de bioseguridad DIGSA Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-91 V1 Proceso: Administración del Talento Humano – Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

Fecha: 01/07/26 Acta No. 152

ESM: DMBU6

Sección: Financiera

Tipo Vinculación: OPS

Cargo: Auxiliar Contable

Yo; Alison Mariana Oviedo Velandia identificado(a) con C.C. 1098073180 de Bucaramanga me Comprometo a dar cumplimiento a las normas de Bioseguridad en el desarrollo de las actividades propias de mi trabajo, utilizando los elementos de protección personal (EPP), e informar y/o reportar todo accidente de trabajo por riesgo biológico que se pueda presentar, dentro del tiempo establecido por la normatividad legal vigente.

NORMAS DE BIOSEGURIDAD:

- Todas las personas que laboran en el área deben conocer los riesgos a los cuales se encuentran expuestos y reportar o informar oportunamente sobre cualquier condición insegura.
- Todos los trabajadores que participen en un procedimiento invasor deben evitar el contacto de su piel o mucosas con la sangre o líquidos corporales del paciente mediante Elementos de Protección Personal como: guantes, mascarillas, protectores oculares o faciales, batas entre otros.
- Durante todo procedimiento se debe observar estricto cuidado en la técnica del mismo y evitar la entrega a ciegas de instrumentos corto punzante, tales como hojas de bisturí y agujas.
- Se deben conservar siempre las precauciones universales, las cuales se presentan en el Antes y después de cada procedimiento con pacientes se deberá realizar el lavado de manos.
- No deben consumirse bebidas o comidas con los guantes puestos, ni en áreas de trabajo.
- Al observar un acto inseguro por parte de un compañero debe realizársele la observación directa con el fin que estos actos sean corregidos.
- **Nunca se debe reenfundar una aguja** para desecharla, se deben utilizar los recipientes para corto punzantes o guardianes; en caso de requerirse colocarle la funda al elemento corto punzantes se deberá utilizar la técnica de **UNA SOLA MANO**.
- No guardar alimentos en las neveras ni en los equipos de refrigeración de sustancias contaminantes o químicos.
- Abstenerse de tocar con las manos enguantadas alguna parte de su cuerpo y de manipular objetos diferentes a los requeridos durante el procedimiento
- Utilizar la mascarilla y protectores oculares durante procedimientos que puedan generar salpicaduras o gotitas, aerosoles de sangre u otros líquidos corporales.
- Usar delantal en aquellos procedimientos en que se esperen salpicaduras, aerosoles o derrames importantes de sangre u otros líquidos orgánicos.
- No deambular con los elementos de protección personal fuera de su área de trabajo.
- Mantener lugar seguro y de fácil acceso.
- Si presenta alguna herida, por pequeña que sea debe estar cubierta.

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:

- Para el correcto diligenciamiento de éste formato tenga en cuenta las instrucciones que se encuentran de color gris, remplácelas con color negro de acuerdo a la instrucción.
- Las instrucciones que se encuentran de color negro no las cambie ni elimine.
- Diligencie el documento de forma digital o manual con color negro y con letra legible, sin borrones ni enmendaduras.
- Cuando diligencie el formato de forma digital no cambie el tipo de letra (Arial, tamaño 10) ni los espacios entre cada numeral.
- No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
- Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.

- Mantener actualizado su esquema de vacunación especialmente contra Hepatitis B.
- Utilizar las técnicas correctas en la realización de todo procedimiento.
- Manejar con estricta precaución los elementos corto punzante y desecharlos en los guardianes ubicados en cada servicio.
- No cambie elementos corto punzantes de un recipiente a otro.
- Lavado las manos antes y después de cada procedimiento e igualmente si se tiene de contacto con material patógeno.
- Las gafas de seguridad, respiradores y caretas deben permanecer guardadas en su empaque original.
- Los Elementos de protección personal son de uso personal e intransferible.
- La ropa de trabajo (bata, uniforme, etc.) deben ser lavados por separado.

Todos los pacientes y sus fluidos corporales independientemente del diagnóstico de ingreso o motivo por el cuál haya entrado al dispensario deberán ser considerados como potencialmente infectantes y se debe tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra una transmisión.

Es obligación del trabajador informar a su superior inmediato la ocurrencia de un accidente de trabajo en el momento que este suceda. Este debe ser reportado a la ARL y la DISAN dentro de los dos días hábiles siguientes (48 horas) de ocurrido el accidente de trabajo.

Me comprometo a dar cumplimiento por escrito a lo que aquí contenido siendo conocedor de los riesgos biológicos a las cuales estoy expuesto.

En constancia firman:

Alison V

Firma Trabajador y/o Funcionario

C.c. 1098073180 **De** Bucaramanga

Firma Líder de SST del centro de trabajo de la DGSM/DISAN/ESM

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:

- Para el correcto diligenciamiento de éste formato tenga en cuenta las instrucciones que se encuentran de color gris, remplácelas con color negro de acuerdo a la instrucción.
- Las instrucciones que se encuentran de color negro no las cambie ni elimine.
- Diligencie el documento de forma digital o manual con color negro y con letra legible, sin borrones ni enmendaduras.
- Cuando diligencie el formato de forma digital no cambie el tipo de letra (Arial, tamaño 10) ni los espacios entre cada numeral.
- No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
- Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.

Fecha
01/12/2025

OCUPASALUD
profesionales en evaluación, prevención y tratamiento en salud
NIT 900454102-6

ACTA SOCIALIZACIÓN
CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL



INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	INDEPENDIENTE	**Fecha de Nac.:**	19/10/2007
Nombre:	ALISON MARIANA OVIEDO VELANDIA	**Edad.:**	18
Documento:	C.C. 1098073180	**Actividad Economica:**	INDEPENDIENTE
Estado Civil:	SOLTERO	**Genero:**	FEMENINO
Dirección:	AVE QUEBRADA SECA 33 A 207	**Municipio:**	BUCARAMANGA
Escolaridad:	TÉCNICO	**Cargo:**	INDEPENDIENTE
Teléfono:	3204115075	**AFP:**	NO REFIERE
EPS:	EPS SURA	**ARL:**	NO REFIERE

Decreto 1072 de 2015, Articulo 2.2.4.6.10 Responsabilidades de los trabajadores: los trabajadores tendrán entre otras las siguientes responsabilidades: 1. Procurar por el cuidado integral de su salud; 2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud; 3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa; 4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo; 5. Participar en las actividades de capacitación en Seguridad y Salud en el Trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST; y 6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. _ Cumplimiento al Protocolo de bioseguridad para la prevención, contención y mitigación de contagio y propagación del SARS-COV-2 Covid-19. Cumplimiento a la **Resolución 3050 de 28 Julio de 2022**, en el Artículo 7. Responsabilidades de los trabajadores: Las responsabilidades de los trabajadores conforme al presente manual son las siguientes: a) Comprometerse con las actividades establecidas en el Programa de Rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional y su autocuidado; participando con el cuidador o su familia como red de apoyo. b) Aportar información veraz y oportuna sobre los antecedentes médicos, estados de salud, evolución y actividades extralaborales. Cualquier fraude se considerará una falla grave, so pena de la sanción establecida en el artículo 17 de la Ley de 2002 o la norma que adicione modifique o sustituya. c) Aplicar las instrucciones concertadas con el equipo rehabilitador en su plan de rehabilitación integral, así como las recomendaciones y/o restricciones, tanto en su ambiente laboral como extralaboral. d) Asistir a la capacitación, asesoría, entrenamiento, asistencia técnica, cumplir con el programa de rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional de los trabajadores, el cual podrá utilizar las tecnologías de la comunicación, inteligencia artificial y realidad virtual en los aspectos, acciones o actividades que sean pertinente. e) Utilizar las incapacidades temporales y/o recomendaciones médicas conforme al programa de rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional de los trabajadores, sin exponer su salud, dar un uso indebido a dichas incapacidades temporales, laborar en otra empresa o actividad, realizar actividades deportivas o recreativas, paseos o viajes que afecten su salud e incumplan el programa de rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional de los trabajadores.

RESTRICCIONES

Optometría: N/A
Fonoaudilogía: N/A

RECOMENDACIONES

Higiene Postural
USO DE CORRECCIÓN OPTICA.
Optometría: CONTINUAR CON EL USO DE SU CORRECCIÓN ÓPTICA - REQUIERE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE
Fonoaudilogía: N/A

REMISIONES

N/A

SISTEMA DE VIGILANCIA

VISUAL

ALISON MARIANA OVIEDO VELANDIA
(1098073180)

Puedes validar este examen en https://www.ocupasalud.com con el siguiente codigo: **L0H80JSL80378982**

OCUPASALUD
profesionales en evaluación, prevención y tratamiento en salud
NIT 900454102-6

CERTIFICADO MEDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha
01/12/2025



INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	INDEPENDIENTE	**Fecha de Nac.:**	19/10/2007	**Edad.:**	18		
Nombre:	ALISON MARIANA OVIEDO VELANDIA	**Documento:**	C.C. 1098073180	**Escolaridad:**	TÉCNICO		
Cargo:	INDEPENDIENTE	**Actividad Economica:**	INDEPENDIENTE	**Genero:**	FEMENINO		
Estado Civil:	SOLTERO	**Dirección:**	AVE QUEBRADA SECA 33 A 207				
Municipio:	BUCARAMANGA	**Teléfono:**	3204115075	**AFP:**	NO REFIERE		
EPS:	EPS SURA	**ARL:**	NO REFIERE	**IMC:**	23.53	**RH:**	A+

EXAMENES REALIZADOS

Servicio	Fecha	Resultado	Restriccion
AUDIÓMETRIA	01/12/2025	Normal	
VISIOMETRIA	01/12/2025	Normal	
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	01/12/2025	Normal	

CONCEPTO MEDICO

SATISFACTORIO PARA INGRESO

RECOMENDACIONES

Higiene Postural
USO DE CORRECCIÓN OPTICA.
Optometría: CONTINUAR CON EL USO DE SU CORRECCIÓN ÓPTICA - REQUIERE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE
Fonoaudiología: N/A

OBSERVACIONES FINALES

El examen estático y dinámico No se evidencian limitaciones de los arcos de movimiento significativos o de importancia ocupacional, ni dolor. A nivel de los diferentes segmentos corporales la exploración no se evidencian atrofias ni limitaciones de la movilidad significativa, o de importancia ocupacional, ni dolor.

RESTRICCIONES

Tipo de restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Tiempo

Optometría: N/A
Fonoaudiología: N/A

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

VISUAL

VACUNA COVID-19

Refuerzo

REMISIONES

N/A

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclinicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Esta pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en el que se le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin preciones de ninguna índole y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declare que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, Autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclinico solicitados según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que sera entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiologica o según correspondan, que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.
DECLARACIÓN DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omití datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de estado de salud. Y así mismo AUTORIZO a OCUPASALUD S.A.S. a realizar la evaluación del salud

ALISON MARIANA OVIEDO VELANDIA
(1098073180)

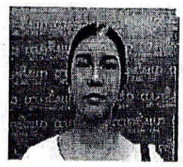
Dra. Tatiana Prada Galvan
Médico General RM 6747
Esp. Salud Ocupacional

DRA. TATIANA PRADA GALVAN
Especialista en Salud Ocupacional
RM resolución 00673 / 1098620182

OCUPASALUD
profesionales en evaluación, prevención y tratamiento en salud
NIT 900454102-6

ANEXO OSTEOMUSCULAR

Fecha
01/12/2025



INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	INDEPENDIENTE	**Fecha de Nac.:**	19/10/2007
Nombre:	ALISON MARIANA OVIEDO VELANDIA	**Edad.:**	18
Documento:	C.C. 1098073180	**Actividad Economica:**	INDEPENDIENTE
Estado Civil:	SOLTERO	**Genero:**	FEMENINO
Dirección:	AVE QUEBRADA SECA 33 A 207	**Municipio:**	BUCARAMANGA
Teléfono:	3204115075	**AFP:**	NO REFIERE
EPS:	EPS SURA	**ARL:**	NO REFIERE

Antecedentes Patológicos Osteomusculares

No refiere ninguna sintomatologia de enfermedad.

Exámen Fisico General

Paciente orientado en las 3 esferas, con signos vitales dentro de limites normales, adecuado desarrollo muscular, marcha normal y estado mental aparentemente sano

Exámen Físico Miembros Superiores

Examen de miembros superiores se encuentra sin alteración

Exámen Físico Miembros Inferiores

Examen de miembros inferiores se encuentra sin alteración

Arcos de Movimiento en grado de los miembros superiores e inferiores

Examen fisico del arco de movimiento de sus miembros superiores o inferiores se encuentra sin alteración

Exámen Físico de Columna

Examen fisico de la columna y de la pelvis se encuentra sin alteración

Recomendación

Higiene Postural
USO DE CORRECCIÓN OPTICA.
Optometría: CONTINUAR CON EL USO DE SU CORRECCIÓN ÓPTICA - REQUIERE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE
Fonoaudilogía: N/A

Restricción

Optometría: N/A
Fonoaudilogía: N/A

Conclusiones finales

Este examen se realiza en condiciones de reposo. No se encontraron patologías o secuelas de estas que pudieran constituir una limitación o un riesgo para que el trabajador movilice cargas o realice actividades que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos.

ALISON MARIANA OVIEDO VELANDIA
(1098073180)

Dra. Tatiana Prada Galvan
Médico General RM 6767
Esp. Salud Ocupacional

DRA. TATIANA PRADA GALVAN
Especialista en Salud Ocupacional
RM resolución 00673 / 1098620182

OCUPASALUD
profesionales en evaluación, prevención y tratamiento en salud

NIT 900454102-6

Fecha de recepción
01/12/2025



CERTIFICADO MEDICO SALUD OCUPACIONAL
VISIOMETRIA

Empresa:	INDEPENDIENTE		
Nombre y Apellido:	ALISON MARIANA OVIEDO VELANDIA		
C.C.:	1098073180	**Fecha de Nac.:**	19/10/2007
Edad.:	18	**Genero:**	FEMENINO
Dirección:	AVE QUEBRADA SECA 33 A 207		
Estado Civil:	SOLTERO	**Departamento:**	SANTANDER
Municipio:	BUCARAMANGA	**Teléfono:**	3204115075
Escolaridad:	TÉCNICO	**Cargo:**	INDEPENDIENTE
EPS:	EPS SURA	**ARL:**	NO REFIERE
AFP:	NO REFIERE		

Antecedentes ocupacionales Si ☐ No ☒

Personales	Si	No		Si	No	**Oculares**	Si	No		Si	No
Hipertensión arterial	☐	☒	Cefalea	☐	☒	Cirugía Ocular	☐	☒	Renitopatía	☐	☒
Diabetes	☐	☒	Trauma craneoencefálico	☐	☒	Queratocono	☐	☒	Desprendimiento retina	☐	☒
Hipoglicemia	☐	☒	Otros:			Glaucoma	☐	☒	Ambliopía	☐	☒
Toxoplasmosis	☐	☒	RINITIS ALÉRGICA			Catarata	☐	☒	Estrabismo	☐	☒

Signos y sintomas

NO REFIERE SÍNTOMAS VISUALES

Usa corrección óptica: Si ☒ No ☐

Tipo: MONOFOCAL

Agudeza visual	Sin corrección		Con corrección		**Estado y motor cromático**		
	Lejos	Cerca	Lejos	Cerca	Cover Test	Lejos: ORTHO	Cerca: ORTHO
Ojo Derecho:	20/80	20/20	20/20	20/20	Oftalmoscopía	OD: MEDIOS	OI: MEDIOS
Ojo Izquierdo:	20/80	20/20	20/20	20/20	Vision Cromática TEST DE COLOR (VISIOMETRO PETRINOVIC) -		

Éxamen externo

Resequedad ocular	No presenta	Ptosis palpebral	No presenta	Pterigión	No presenta
Inyeccion conjuntival	No presenta	Edema palpebral	No presenta	Secreción	No presenta
Hiperemia conjuntival	No presenta	Pinguécula	No presenta	Blefaritis	No presenta

Otros:

Diagnóstico

Aparentemente sano	No presenta	Emetropía	No presenta	Defecto refractivo	Ambos Ojos
Posible alteración ocular	No presenta	Problema de motilidad	No presenta	Presbicia	No presenta

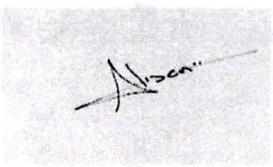
Interpretación		**Interpretación**	
Requiere utilizar corrección óptica	☒	Valoración por Optometría	☐
No requiere corrección óptica	☐	Control en un año	☒
Problema de refraccion no corregido	☐	Control en seis meses	☐
Problema de refracción corregido	☒	No requiere corrección óptica	☐
Problema de refracción inadecuadamente corregido	☐	Ejercicio regular 5 veces a la semana	☐
Otras:	☐		

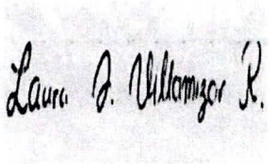
Observaciones

CONTINUAR CON EL USO DE SU CORRECCIÓN ÓPTICA - REQUIERE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

Resultado **Restricciones**

Normal





ALISON MARIANA OVIEDO VELANDIA
(1098073180)

LAURA VILLAMIZAR

- El trabajador recibio orientación médica sobre las recomendaciones necesarias para prevenir probables efectos en la salud relacionados o asociados con los riesgos ocupacionales propios de su cargo.
- DECLARACIÓN DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omiti datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de estado de salud. y asi mismo AUTORIZO a OCUPASALUD S.A.S. a relaizar la evaluacion de salud.

OCUPASALUD
profesionales en evaluación, prevención y tratamiento en salud

NIT 900454102-6

Código de verificación
L0H80JSL80378983
Validar en:https://www.ocupasalud.com

CERTIFICADO FONOAUDIOLOGIA

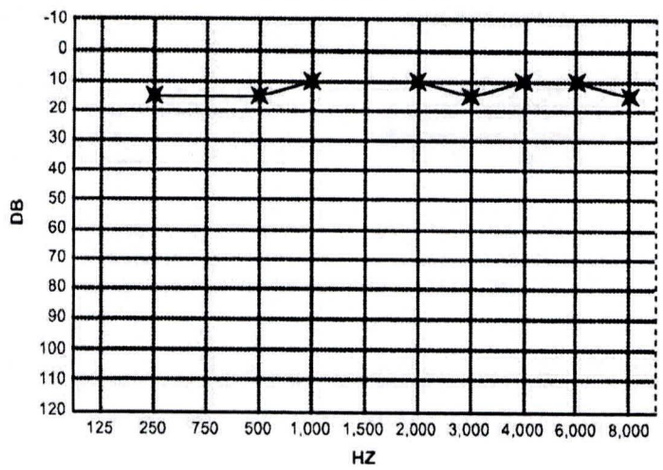
Fecha
01/12/2025



INFORMACIÓN BÁSICA

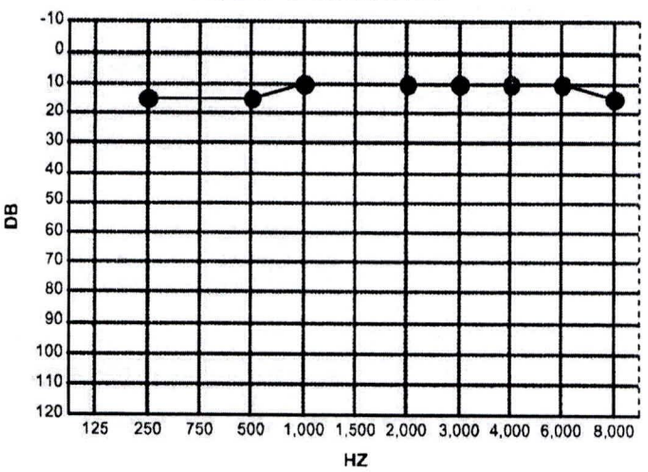
Empresa:	INDEPENDIENTE	**Fecha de Nac.:**	19/10/2007	**Edad.:**	18
Nombre:	ALISON MARIANA OVIEDO VELANDIA	**Documento:**	C.C. 1098073180	**Escolaridad:**	TÉCNICO
Cargo:	INDEPENDIENTE	**Actividad Economica:**	INDEPENDIENTE	**Genero:**	FEMENINO
Estado Civil:	SOLTERO	**Dirección:**	AVE QUEBRADA SECA 33 A 207		
Municipio:	BUCARAMANGA	**Teléfono:**	3204115075	**AFP:**	NO REFIERE
EPS:	EPS SURA	**ARL:**	NO REFIERE		

OIDO IZQUIERDO



PTA OIDO IZQUIERDO
11.67

OIDO DERECHO



PTA OIDO DERECHO
11.67

Otoscopia: CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO Y MEMBRANA TIMPANICA INTEGROS A NIVEL BILATERAL.

Diagnostico: AUDICIÓN EN PARAMETROS DE NORMALIDAD A NIVEL BILATERAL.

Observaciones: N/A

ALISON MARIANA OVIEDO VELANDIA
(1098073180)

VALERIA VALDERRAMA
Fonoaudiologa
r 24934-1098797857

República de Colombia Gobernación de Santander	RESOLUCIÓN	CÓDIGO	AP-JC-RG-80
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	22/05/2017
		PÁGINA	1 de 1

RESOLUCIÓN NÚMERO 0067-3

POR LA CUAL SE RENUEVA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y

CONSIDERANDO

Que **TATIANA PRADA GALVÁN,** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 1098620182, ha solicitado Renovación de Licencia para la Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que al peticionario le fue otorgada la Licencia de Prestación de Servicios de Salud Ocupacional, mediante Resolución No 19212 de 26/09/2013 de la Secretaría de Salud del Departamento de Santander y concedida por un término de diez (10) años contados a partir de la expedición de la Resolución, la cual ha cumplido su vigencia.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la Renovación de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

RESUELVE

ARTICULO 1: Renuévese LICENCIA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **TATIANA PRADA GALVÁN**, MEDICO(A) - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL con Cédula de Ciudadanía No 1098620182, en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el Trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

ARTICULO 2: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTICULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaría de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTICULO 4: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTICULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bucaramanga, a los 29 ENE 2024

EDWIN ANTONIO PRADA RAMIREZ
Secretario de Salud Departamental

VoBo Daisy Johanna Flórez Simanca - Directora de Apoyo Jurídico, Contratación y Procesos Sancionatorios
Revisó Yelitza Lilibeth Hernández Gonzalez - Coordinadora Grupo de Acreditación en Salud y SOGC
Proyectó Magaly Andrea Manrique Bayona - Grupo de Acreditación en Salud SOGC

Powered by CamScanner

DIGSA		
	PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Segundad y Salud en el Trabajo ARSST
	Formato	requisitos de vacunación personal con actividades netamente administrativas en zona endémica DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU 95 1-115
	Vigente	Agosto de 2023

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones
1. Lea con atención el comentario que se encuentra de color azul en cada casilla para su adecuado diligenciamiento
2. Diligencie este formato de forma digital o manual con color negro
3. No cambie el tipo el tipo de letra (Arial, tamaño 10)
4. No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos
5. Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad
6. Elimine del documento las instrucciones de color azul antes de imprimir. Imprima sólo si es necesario

I. DATOS PERSONALES

Diligencie Apellidos, Nombres, Número de Documento, Edad, Profesión u ocupación, Número de contacto, correo electrónico y marque con una (X) en Mujer u Hombre de acuerdo al genero del aspirante.

Apellidos:	Oviedo Ustariz	Nombres:	Alison mariana
N° de Documento:	1098073180	Edad:	18 años
Genero: Mujer	X	Hombre	
Profesión u ocupación:	Auxiliar Contable	Número de contacto:	3209115075
Correo electrónico:	Alisonoviedo02@Gmail.com.		

II. DATOS LABORALES

Marque con un (X), en la casilla correspondiente, el centro de trabajo en donde el personal esta realizando el proceso de verificación del esquema de vacunación

DIGSA		DISAN EJC	X	DISAN ARC		JEFSA FAC	

Establecimiento de Sanidad Militar: Diligencie el nombre completo del establecimiento de sanidad: Dispensario medico de Bucaramanga

Cargo al que aspira: Diligencie el cargo al que aspira

III. TIPO DE VINCULACIÓN

Marque con una (x), en la casilla correspondiente el tipo de vinculación que va a tener el aspirante con la institución

Nombramiento en Planta DIGSA		Servicio Social Obligatorio (SSO)		Prestación de Servicio (OPS)	X

IV. DATOS CARNÉ DE VACUNACIÓN

Responda SI o NO las preguntas correspondientes al esquema de vacunación que presenta el aspirante

PREGUNTA	SI	NO
¿Adjunta Carné de Vacunación?	X	
¿Validación contra el carné de vacunación?	X	

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DE ARCHIVO

Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación, y "No Aplica" según lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.
Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el Aplicativo PAI 2.0 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para esto.

VACUNA	GÉNERO	OBSERVACIÓN	DOSIS	CUMPLE SI / NO / N/A	FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE / N/A
Fiebre amarilla	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar al personal que desarrolle actividades en zonas inferiores a 2.000 m sobre el nivel del mar. Solo se debe solicitar a menores de 60 años, sin antecedentes de enfermedades que afectan el sistema inmunológico.	1ra	SI	29/11/2025

OBSERVACIONES

VI. FIRMA DE COMPROMISO

Marque con una (X) SI el aspirante tuvo o NO que firmar el Formato de compromiso requisitos de vacunación DIGSA, cumpliendo con lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.

SI		NO	X

VII. APROBACIÓN

Marque con una (X) SI aprueba o NO el esquema de vacunación presentado por el aspirante.

SI	X	NO	

NOTA: Partiendo del principio de la buena fe, lo certificado en el carné de vacunas presentado por el aspirante, se asume como un hecho cierto y veraz, la rendición de información no comprobable mediante evidencia, se configura como falsedad en documento público, hecho que puede ser objeto de sanciones disciplinarias.

Doris Almeida Lopez
Firma Jefe de Vacunación del centro de trabajo

Firma Responsable del área de SST de la DIGSA/DISAN/JEFSA

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Como aspirante a contrato o nombramiento certifico que he leído, entiendo y acepto los términos, condiciones y la información suministrada por la Dirección General de Sanidad Militar.

Alison

Firma del aspirante

CamScanner
Scanned with CamScanner

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 33b9864d-5012-4116-81c5-d7dcd2a63b31

Nombres y apellidos / Full name: **ALISON MARIANA OVIEDO VELANDIA**

Tipo de identificación / ID Type: **TARJETA DE IDENTIDAD**

Número de identificación / ID Number: **1 0 9 8 0 7 3 1 8 0**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **19/10/2007**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3178178082**

Correo electrónico / e-mail: **NOTIENE@GMAIL.COM**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
Anti Polio Oral (VOP)	Segundo Refuerzo	10	11	2012		113907	BUCARAMANGA IPS COOMULTRASAN SEDE I	
DPT	Segundo Refuerzo	10	11	2012		1512	BUCARAMANGA IPS COOMULTRASAN SEDE I	
Triple Viral	Refuerzo	10	11	2012		13M1031A	BUCARAMANGA IPS COOMULTRASAN SEDE I	
VPH	Primera	22	06	2018		N019767	NEIVA SANIDAD MILITAR SATELITE 5176	MAGALLY ANDREA LOSADA VEGA
VPH	Segunda	04	02	2021		T009087	BUCARAMANGA SALUD TOTAL	LIZETH JOHANNA OVIEDO PEDRAZA
COVID PFIZER	Primera	07	09	2021	PFIZER	FE3593	IPS COOMULTRASAN SEDE 2	SONIA MEDINA JAIMES
COVID PFIZER	Segunda	29	09	2021	PFIZER	FH8024	IPS COOMULTRASAN SEDE 2	SONIA MEDINA JAIMES
VPH	Única	29	05	2023	MERCK SHARP DOHME	G0045P	BUCARAMANGA HOSPITAL MILITAR	YERICA MARCELA SANCHEZ PEREZ - CC1098687839 - ACTIVO
TD Adulto	Segunda	05	07	2023	Serum	2332L004B	BUCARAMANGA HOSPITAL MILITAR	DORIS LUCIA ALMEIDA LOPEZ - CC28259526 - ACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	29	11	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525005	BUCARAMANGA HOSPITAL MILITAR	DORIS LUCIA ALMEIDA LOPEZ - CC28259526 - ACTIVO
TD Adulto	Tercera	29	11	2025	Serum	2334X006A	BUCARAMANGA HOSPITAL MILITAR	DORIS LUCIA ALMEIDA LOPEZ - CC28259526 - ACTIVO
Fiebre Amarilla	Única	29	11	2025	Sanofi Pasteur	Y3D08	BUCARAMANGA HOSPITAL MILITAR	DORIS LUCIA ALMEIDA LOPEZ - CC28259526 - ACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	25	04	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526002	BUCARAMANGA HOSPITAL MILITAR	DORIS LUCIA ALMEIDA LOPEZ - CC28259526 - ACTIVO

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

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

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

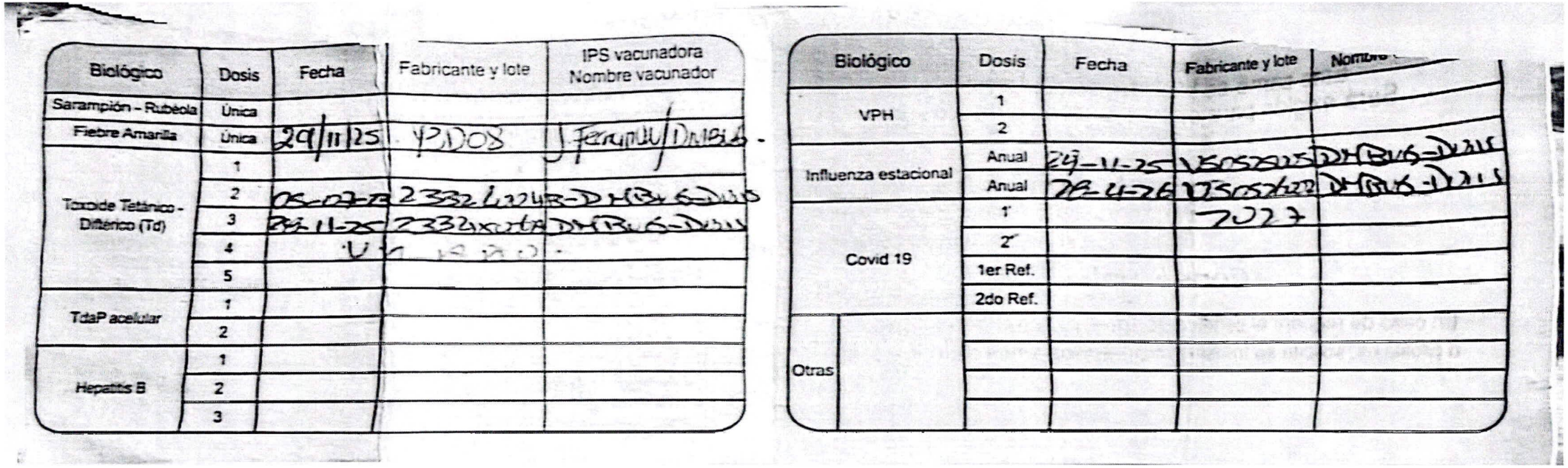
El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

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

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

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

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



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión – Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	29/11/25	YP1008	J. Fernandez/Dr. Rios
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2	05-07-18	2332 L22483-DHBVG-D2310	
	3	29-11-25	2332 [illegible] DHBVG-D2311	
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	Nombre
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	29-11-25	L505283	DHBVG-D2312
	Anual	26-11-26	L505283	DHBVG-D2311
Covid 19	1°		7027	
	2°			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

Scanned with CamScanner

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

Consérvelo

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Alison Mariana

Apellidos: Oviedo Velandia

Documento de identidad: C.C. ✓ C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1090073100

Fecha de nacimiento: Día 19 Mes 10 Año 2007

Scanned with CamScanner

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS
MILITARES EJERCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA

G. DATOS GENERALES

Quien suscribe Alison Oviedo mayor de edad, de Nacionalidad COLOMBIANA, de este domicilio, identificado con Cédula de Ciudadanía No, 1098073180 actuando en nombre propio.

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información que se consigna a continuación es real y autorizo para que el Ministerio de Defensa - Ejército Nacional bajo cualquier medio legal corrobore la veracidad de la misma:

Nombre Completo Cédula de Ciudadanía Pregrado – Universidad Posgrado - Universidad	Alison Mariana Oviedo Velandia CC. 1098073180. SENA.
Hace parte reserva activa	SI ☐ NO ☒ Indique causal de retiro ☐ Solicitud propia ☐ Por cumplir dos (2) años en Grado de General, Almirante o General del Aire. ☐ Por llamamiento a calificar servicios. ☐ Por sobrepasar la edad correspondiente al grado. ☐ Por disminución de la capacidad psicofísica para la actividad militar. ☐ Por inasistencia al servicio sin causa justificada de acuerdo con el tiempo previsto en el Código Penal Militar para el delito de abandonamiento del servicio. ☐ Por incapacidad profesional. ☐ Por retiro discrecional. ☐ Por no superar el periodo de prueba. Número y fecha del acto administrativo mediante el cual pasa a ser parte de la reserva activa. Número y fecha del acto administrativo mediante el cual se le liquida y reconoce la asignación de retiro. Se ha afiliado a pensión

	SI Indique cual: NO
Experiencia especifica (relacionada con el objeto contractual). Los certificados deben estar en la plataforma SIGEP	Contratante MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR – DISPENSARIO MÉDICO DE BUCARAMANGA Vigencia
Dirección de residencia (indicar ciudad)	Dirección: Avenida Quebrada Seca 33a #207
Teléfono fijo - Teléfono celular	3204115075
Entidad bancaria y No. De la cuenta Bancaria (indicar si es ahorros - corriente).	Entidad Bancaria: BBVA 0125033924 Ahorros [X] Corriente [ ]
Teléfono fijo - teléfono celular	Tel. Fijo: Tel. Celular: 3204115075
Correos electrónicos en los que recibo cualquier comunicación oficial emanada del Ejército.	alisonoviedo02@gmail.com
Contratos vigentes de prestación de servicios (indique entidad - objeto - plazo de vigencia - Vlr. Total contratado)	Tipo de contrato OPS Plazo Vlr. Total contrato
Otros contratos **vigentes** (laboral - labor - aprendizaje - ocasional de trabajo - otros)	Tipo de contrato Objeto Plazo Vlr. Total contrato
Otros contratos **vigentes** (laboral - labor - aprendizaje - ocasional de trabajo - otros)	Tipo de contrato No. de contrato objeto Plazo Vlr. Total contratado
Pertenezco al régimen tributario	Común__ Simplificado_
Régimen de excepción	NOTA 1: APLICA__ NO APLICA_ Pertenece a regímenes excepción razón por la cual debe cancelar los aportes correspondientes a salud al Ministerio de Protección Social - Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), en las condiciones establecidas por esta entidad.
Pago de pensión	NOTA 2: APLICA __ NO APLICA__ El (la) suscrita bajo la gravedad de juramento informa que, de acuerdo a la circular externa 0032 del 23 de mayo de 2007 del Ministerio de Salud y la Protección Social y el artículo 61 de la Ley 100 de 1993 se encuentra exceptuado de cotizar a pensión, toda vez que: (en caso de aplicar, señalar con "X", la excepción que aplique) 1. Nunca ha cotizado en materia pensional y cuenta con 50 años de edad o más, si se es mujer, o 55 años de edad o más, si se es hombre. ___ 2. Se encuentra pensionado por invalidez por el Instituto Seguros Sociales o por cualquier Fondo, Caja o Entidad del sector público o

	recibió la indemnización sustitutiva de la pensión de vejez o de invalidez por riesgo común (esta excepción no aplica en caso que la invalidez hubiere cesado o desaparecido, en virtud de los programas de readaptación y rehabilitación por parte del Instituto) ___ (Adjuntar acto administrativo)
Estado civil	soltera
Datos cónyuge o compañero permanente: Nombre completo - identificación - empresa o entidad con la cual labora o presta sus servicios - aclare si labora con el MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA y bajo que condición.	Nombre Identificación Empresa - entidad en la cual labora o presta servicios - NIT - tel. contacto Es militar o civil vinculado bajo cualquier modalidad al MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada al MINDEFENSA: SI ☐ Especifique: NO ☒
No. De hijos - nombre - identificación	No. de hijos Nombre Identificación
Tiene familiares que pertenecen al MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA	SI Grado de consanguinidad Cargo que desempeña NO X
Inhabilidades e incompatibilidades.	Me encuentro incurso en alguna causal de inhabilidad e incompatibilidad Constitucional o legal: SI Especifique: NO X

Firma: Alison

CONFIDENCIAL

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD

FORMATO DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA O.P.S

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha 05 de Diciembre del 2025

YO: Alison Mariana Oviedo Velandia, identificado-a con CC. 1098073180 de Bucaramanga Me presento de forma libre, espontanea para ser evaluado-a por el área de salud mental (psicología) del ESM DMBU6, para el proceso de selección de la vacante Auxiliar Contable. Doy mi consentimiento, de mi libre voluntad y sin ser presionado-a de ninguna manera, para responder las preguntas propias de la evaluación, autorizo al profesional de registrar la información requerida y emitir el concepto profesional de Salud Mental. Consiente de los principios de biótica y deontología, y en confidencialidad, privacidad y reserva de la información, los cuales se me han explicado suficientemente.

FIRMA Alison C.C. 1098073180

El objetivo de esta entrevista es realizar una Evaluación Psicológica para el proceso de selección (aptitud psicofísica), se realizara una entrevista al aspirante y se registran los resultados en el formato de entrevista, su resumen en formato de Formato Resultado Concepto de Evaluación Psicológica junto con los resultados de la prueba de personalidad que va anexo a la carpeta de documentos.

CIUDAD Bga FECHA EVALUACIÓN 5- DIC- 2025 UNIDAD: DMBU6

APELLIDOS Y NOMBRES: Oviedo Velandia Alison M			**C.C.** 1098073180
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO : Bga, 19 Oct. 2007			
EDAD : 18	**ESTADO CIVIL:** Soltera		**ESCOLARIDAD:** Tecnico.
DIRECCION DE RESIDENCIA: Casas Fiscales			**TELEFONO:** 3204115075
ESTUDIOS REALIZADOS: PREGRADO UNIVERSIDAD/AÑO EGRESO Sena - 2024 - Aux. Contable			**UNIDAD A LA QUE ASPIRA:** DMBU6.
POST GRADO: TITULO: **UNI:** **AÑO EGRESO**			
ENTREVISTA : I VEZ X **2 O +**			**E-MAIL :**

I. DIMESION PERSONAL (permita que el evaluado describa sus fortalezas y debilidades, áreas de ajuste, habilidades sociales, valores, liderazgo, proyecto de vida, afrontamiento, control emocional, energía, dinamismo, motivación, y manejo de situaciones críticas, control del estrés.)

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD/DESCRIPCION:

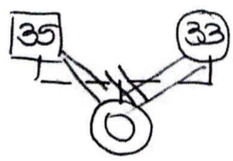
Capacidad de aprendizaje - Versátil - Disciplinado

II. DIMENSION FAMILIAR. (Describa la dinámica familiar, roles, procesos de comunicación, redes de apoyo, funcionamiento de su núcleo familiar.)

II A. DIMENSION AFECTIVA (Describa situación afectiva del evaluado, si tiene actualmente pareja, si su pareja (esposo-Novio apoya, descripción de relación, como se siente afectivamente.)

No Refiere

FAMILIOGRAMA: (Dibuje el mapa de la estructura familiar, describa estructura familiar, roles, comunicación etc.)



- Relación funcional con su red de apoyo.

Nombre de Personas con quien vive	Edad	Actividad / ocupación	Tipo de Relación
Cesar Oviedo	35	suboficial	Papá - Funcional.
Nairly Dayana	33	Independiente	Mamá - Funcional.

CONFIDENCIAL

III. DIMENSION LABORAL (Solicite al evaluado información con su experiencia laboral,)
DESCRIPCION DE EXPERIENCIA LABORAL

Nombre de Empresa	Cargo que ocupaba	Tiempo Laborado	Nombre Jefe Inmediato	Motivo de salida
Independiente	AUX CONTABLE	6 M	Irma V.	

III A. Realice una descripción de su perfil profesional (el evaluado debe describir preparación técnica, profesión y preparación e impacto a nivel organizacional) labores, funciones que ha desempeñado): Capacitado - Versátil - Responsable

IIIB. Describa fortalezas y Debilidades profesionales (Descripción de estos aspectos por parte del evaluado)
Fortaleza → Comprometida.
Debilidad → Insegura

III C. Si el evaluado continua con contrato: Que considera que debe mejorar en su desempeño / Institución, Otro, Cual?:

Tiempo laborado con Institución / Fortalezas / Debilidades /

III D. LO QUE ATRAE AL CANDIDATO (el evaluado debe describir cada ítem referido)	
1. Estabilidad laboral	
2. Oportunidades / laboral y/o promoción.	
3. Salario.	
4. Oportunidad de demostrar habilidades y conocimientos. (describa su aporte Institucional)	
5. Reputación de la Institución.	
7. Seguridad y beneficios adicionales.	
8. Formación y desarrollo profesional.	
9. Mision Institucional.	
10. Atmósfera/clima de trabajo.	

IV. DIMENSION SALUD ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS (Es importante que el evaluado de a conocer su situación)

ASPECTOS CLINICOS	SI	NO	OBSERVACIONES
¿USTED A SIDO VALORADO O TRATADO POR PSICOLOGÍA Y/O PSIQUIATRÍA		X	
¿PRESENTA ALTERACIONES EN EL SUEÑO?		X	
¿SUS HABITOS DE ALIMENTACION SON NORMALES?	X		
¿ESCUCHA VOCES, OBSERVA OBJETOS O PERSONAS QUE NADIE MAS VE?		X	
¿PRESENTA USTED CAMBIOS CONSTANTES EN SUS ESTADOS DE ÁNIMO?		X	
¿CONSUME ALCOHOL? CON QUE FRECUENCIA?		X	
¿HA CONSUMIDO O PROBADO ALGÚN TIPO DE DROGA ILÍCITA? CUAL?		X	
¿LLORA USTED FÁCILMENTE O SE DEPRIME CON FACILIDAD?		X	
¿EN SU FAMILIA HAY ANTECEDENTES DE SUICIDIO?		X	
¿EN SU FAMILIA HAY ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD MENTAL?		X	
USTED ALGUNA VEZ HA INTENTADO QUITARSE LA VIDA?		X	
USTED EN ALGUNA OCASIÓN HA PENSADO EN QUITARSE LA VIDA?		X	

III E. COMO SE ENTERO DE LA VACANTE?
Familiar: ___ Amigo: ___ Conocido____ (Grado: _____)
Aviso: X Internet: ___ Otro Medio ___ Cual?

IV A. DESCRIBA SU SALUD ACTUALMENTE (El evaluado debe referir su estado actual, enfermedades, tratamientos, antecedentes familiares etc) Goza de buena salud.

V.DIMENSION SOCIAL Y ECONÓMICA (el evaluado debe referir su experiencia en esta dimensión)
Participa en Actividades sociales: Si X No___ Cuales? Reuniones familiares Frecuentes Semanales.
Posee Amigos / Amistades? : Si X No___ Obser: ___
Practica deportes Si X No___ Actividades Tiempo libre: ___
Personas a cargo: — vivienda propia X Alquilada ___
Haga una descripción sobre su manejo del dinero Responsable.
Se siente bien remunerado: Si X No___ Pq? ___

RESULTADOS PRUEBA DE PERSONALIDAD – CAQ

D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	Pa	Pp	Sc	As	Ps
3 / 7	0 / 4	13 / 7	7 / 5	2 / 4	6 / 4	5 / 7	7 / 7	17 / 7	4 / 6	12 / 6	1 / 4

CONCEPTO PSICOLÓGICO FINAL: (Haga una descripción del examen mental, el resultado de la entrevista (describiendo puntos importantes, emita un concepto final de si se encuentra psicológicamente equilibrado, ausencia de psicopatología en el momento de la evaluación y/o requiere remisión a un profesional de psiquiatría).

Al momento de la valoración goza de pleno uso de sus facultades mentales. Red de apoyo. +Habilidades Sociales. Niega antecedentes psicopatológicos. CAQ con escalas dentro de la media. Reúne el perfil

Favorable X Desfavorable ___

Jessica Natalia Vargas Rios
Psicóloga - UPB
T.P. 123654

UNIDAD, NOMBRE CLARO, FIRMA Y SELLO DEL PSICOLOGO EVALUADOR

PACTO DE INTEGRIDAD PARA FORTALECER LA TRANSPARENCIA EN EL PROCESO DE SELECCIÓN MODALIDAD CONTRATACION DIRECTA CUYO OBJETO ES CONTRATAR PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO EN AUXILIAR CONTABLE PARA EL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA.

Ante la opinión pública nacional e internacional, nosotros: por una parte, LOS PROPONENTES en el proceso de Selección Contratación cuyo objeto es **CONTRATAR A UN COMO TECNICO EN AUXILIAR DE CONTABLE PARA EL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA,** actuando en nombre propio, en este proceso de contratación, y por la otra los **FUNCIONARIOS Y ASESORES DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO-DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA**, que han participado y/o participarán en la estructuración técnica, económica y jurídica del presente proceso de contratación, o en su trámite, impulso, revisión y definición, hemos acordado suscribir el presente "**PACTO DE INTEGRIDAD**", teniendo en cuenta que en Colombia todas las formas de corrupción son ilegales, y que el Estado procesa y continuará procesando a los infractores.

Sin perjuicio del cumplimiento de la ley Colombiana, el Pacto de Integridad se enfoca en el compromiso de no soborno con el fin de obtener o retener un contrato u otra ventaja impropia, incluyendo la colusión con otros con el fin de limitar la competencia para este contrato, y la actuación desleal y contraria a la libre competencia y al interés de propiciar la selección objetiva dentro de las instancias del proceso de contratación.

Lo anterior incluye cualquier tipo de pagos, dádivas u otros favores ofrecidos o concebidos de manera directa o a través de terceros, a funcionarios o asesores del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA**, con el fin de:

1. Procurar que se diseñe el proyecto o partes de éste de una manera que ofrezca ventajas a uno o varios participantes.
2. Dar ventaja indebida a cualquiera de los participantes en la evaluación y elección de los mismos para la adjudicación del contrato.
3. Ganar la adjudicación del contrato.
4. Lograr cambios sustanciales en el contrato ajustando las especificaciones, los plazos o cualquier otro componente importante del contrato.
5. Lograr que sean aprobados por funcionarios públicos, asesores o por el interventor o supervisor del contrato (o por su personal, asesores y subcontratistas) resultados por debajo de los parámetros que sean propuestos por los PROPONENTES y pactados con el **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA**.
6. Abstenerse de monitorear apropiadamente la implementación del proyecto, de informar sobre violaciones de especificaciones del contrato y otras formas de incumplimiento, o de hacer plenamente responsable al contratista de sus obligaciones legales.
7. Evadir impuestos, derechos, licencias o cualquier otra obligación legal que se debería satisfacer.
8. Inducir a un funcionario a quebrantar sus deberes oficiales de cualquiera otra manera.

Dentro de este marco, los firmantes adquieren los siguientes compromisos, en todo de acuerdo con las leyes colombianas:

1. Las empresas participantes y **EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA** asignan importancia a la presentación de propuestas en un entorno libre, imparcial, competitivo y no sujeto a abuso.

   A los oferentes les complace confirmar que:

   a) No han ofrecido o concedido, ni han intentado ofrecer o conceder y no ofrecerán ni concederán, ni directa ni indirectamente mediante agentes o terceros, ninguna inducción o recompensa impropias a ningún funcionario o asesor del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA**, sus parientes o socios de negocios, con el fin de obtener o retener este contrato u otra ventaja impropia, y
   b) No han coludido y no coludirán con otros con el fin de limitar indebidamente la competencia para este contrato. Las empresas comprenden la importancia material de estos compromisos para **EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO**.

Por su parte los FUNCIONARIOS O ASESORES DEL **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA,** también confirman que no han pedido ni aceptado, ni pedirán ni aceptarán, de manera directa o a través de terceros, ningún pago u otro favor por parte de la empresa participante a cambio de favorecerlos en la obtención o retención del contrato.

2. Los oferentes desarrollan sus actividades en el marco de principios éticos de comportamiento y se comprometen a tomar las medidas necesarias a fin de que este compromiso de "No" Soborno sea acatado por

todos sus gerentes y empleados, así como por todos los terceros que trabajan con esta compañía en este proyecto, incluyendo agentes, consultores y subcontratistas.

3. Este compromiso se presenta en nombre de los oferentes participantes.

4. Con respecto a la presentación de las propuestas, los oferentes participantes se comprometen a estructurar una propuesta seria, con información fidedigna y con una oferta económica ajustada a la realidad que asegure la posibilidad de prestar el servicio en las condiciones de calidad y oportunidad exigidas en el proceso.

5. Para efectos de salvaguardar el contenido del Pacto de Integridad del presente proceso frente a eventuales incumplimientos de los compromisos de carácter ético adquiridos por los funcionarios y por los participantes, se pronunciará un árbitro denominado "Defensor para la Transparencia", cuyos fallos serán en equidad al amparo de lo dispuesto en la Ley 446 de 1998.
De las materias relacionadas anteriormente conocerá el árbitro por solicitud del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**, del Programa Presidencial de Lucha contra la Corrupción, o por manifestación de alguna de los participantes.
Dicho árbitro deberá tener las mismas calidades que dispone la Constitución Nacional, para ser Magistrado de la Corte Constitucional o la Corte Suprema de Justicia y será seleccionado de la lista de árbitros de la Cámara de Comercio de Bogotá, mediante el sistema de sorteo público.

6. Si un participante incumple su compromiso de no soborno y de dicho acto ha sido declarado culpable por parte del árbitro se generarán además de los procesos contemplados en la legislación colombiana u otra legislación que cobije el proceso de contratación, los siguientes efectos jurídicos:

a) Si el participante que hubiere incumplido fuere el adjudicatario del proceso, cualquiera de las partes del presente documento podrá solicitar ante el juez competente la nulidad absoluta del contrato con fundamento en que el mismo adolece de una causa lícita.

b) El contrato estatal terminará por causa imputable al contratista. El participante que hubiere incumplido los compromisos de no soborno derivados del presente documento se obliga incondicional e irrevocablemente a aceptar la terminación del contrato por causa imputable al mismo, en el momento en que el árbitro declare el incumplimiento de los compromisos referidos, y a asumir las consecuencias contractuales que se deriven de tal terminación.

c) Una pena económica equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato a título de estimación anticipada de perjuicios a favor de los demás proponentes que participaron en el proceso de contratación y que no hubieran incumplido los compromisos consignados en el presente documento. Si hubiere más de un proponente el valor referido se repartirá en partes iguales entre dichos proponentes.

d) Abstenerse de participar en procesos de contratación de cualquier naturaleza de entidades públicas de la República de Colombia, que se lleven a cabo durante un periodo de cinco (5) años.

Para asegurar la efectividad de las disposiciones precedentes, el presente acuerdo se entenderá incluido dentro de las cláusulas del contrato que vaya a ser suscrito con el participante favorecido, como una causal de terminación anticipada del contrato por causa imputable al contratista, derivada del fallo del árbitro en la cual se comprueben faltas graves a los compromisos contenidos en el presente Pacto.
El efecto jurídico señalado en los subnumerales a) y b) de este numeral será aplicable solamente al proponente adjudicatario. Los efectos jurídicos previstos, en los subnumerales c) y d) aplicarán al proponente adjudicatario o al cualquiera de los proponentes.

7. Adicionalmente, todos los jefes del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO**, se obligarán a realizar todas y cada una de las gestiones y actuaciones necesarias para que las entidades competentes impulsen y desarrollen las investigaciones correspondientes con ocasión de las conductas de los funcionarios de la entidad contratante o de los asesores externos de la misma que pudieren haber infringido el presente Pacto y cualquier ley aplicable.

8. En caso de presentarse un incumplimiento probado del compromiso de no soborno de acuerdo con lo establecido en el numeral 8 de este Pacto, el **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO** podrá excluir a futuro a aquel infractor para la elegibilidad de contratos en procesos de contratación directa.

9. Los oferentes participantes declaran públicamente que conocen y aceptan las condiciones de participación establecidas en los documentos del proceso de contratación y en las modificaciones que se han hecho a los mismos hasta la fecha de cierre del proceso de contratación, en términos de su transparencia y equidad. En este marco, se comprometen a no utilizar, en la etapa de evaluación de las propuestas, argumentos sobre efectos de buscar la descalificación de sus competidores.

10. Las empresas participantes aceptan que durante la evaluación de las propuestas prime el criterio de respetar los aspectos de fondo por encima de los de forma, buscando siempre favorecer la libre competencia y la participación del mayor número posible de propuestas dentro del proceso de contratación.

11. Adicionalmente, el Gobierno Nacional ha establecido el Programa Presidencial de Lucha contra la Corrupción con la facultad de servir de canal para la tramitación de cualquier investigación sobre cualquier forma de extorsión o soborno en la contratación pública. Las empresas participantes denunciarán ante este Programa cualquier información sobre manejos irregulares sobre los que tengan conocimiento en lo referente al presente proceso de contratación.

Para constancia de lo anterior, los **FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO,** firman el presente documento en **BUCARMANGA**, Santander, del mes de **JULIO** del año 2026.

FUNCIONARIOS Y ASESORES DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO

MY. ANDRÉS FELIPE RODRÍGUEZ PARDO
Subdirector Administrativo y financiero DMBUG
Ordenador del Gasto

NOTIFICADOS:

GERENTE DE PROYECTO

NOMBRE	FIRMA
TC. DARIO DE JESUS PADILLA CANTILLO Director(a) Dispensario Médico de Bucaramanga	

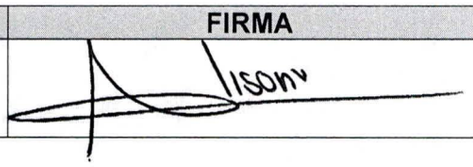
COMITÉ TECNICO ESTRUCTURADOR

NOMBRE	FIRMA
SV. VARGAS MONJE ARNULFO Supervisor	

COMITÉ JURÍDICO ESTRUCTURADOR

NOMBRE	FIRMA
Asesor(a) jurídico Área Contratos Estructurador	

OFERENTES

NOMBRE	FIRMA
ALISON MARIANA OVIEDO VELANDIA CC. 1098073180 DE BUCARAMANGA, SANTANDER	

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 11:11:08 horas del 16/06/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1098073180,** Apellidos y Nombres **OVIEDO VELANDIA ALISON MARIANA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA**, con NIT **901541137-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

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 1098073180 **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 11:09 AM

Código Verificación: **GQBE7MYUJ5**

Válida hasta: **14/09/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC