	ARMADA NACIONAL **DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL**		
	PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO		
	LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS PARA CONTRATACIÓN DE PERSONAL EN LA MODALIDAD PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
	Versión: 9.0	**Fecha: 02/06/2026**	**Página**: 1 de 2

NOMBRE COMPLETO: Pachon Rodriguez Loren Mariana

IDENTIFICACIÓN: 1023373471

OBJETO CONTRATO: Gestión Documental

N°	DOCUMENTO	VERIFICACION	OBSERVACION
1	Formato Requisición para contratos por prestación de servicios	✓	
2	Formato de entrevista técnica (previamente diligenciado por el personal idóneo, con fecha, firma y observaciones positivas o negativas).		
3	Señal de Talento Humano para SAF remitiendo los documentos para el contrato e informando: -No hay personal de planta para cubrir la necesidad actual -Cumple con la idoneidad o experiencia requerida	✓	
4	**Formato Único Hoja de Vida Persona Natural** - Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), actualizada e impresa desde el SIGEP (www.sigep.gov.co). Nota: Registrar las fechas de experiencia laboral soportadas en los certificados físicos anexos.	✓	
5	Fotocopia de Certificaciones de Experiencia Laboral acuerdo Tipo de labor (Resolución No. 1684 del 30 de diciembre de 2021 Dirección General de Sanidad Militar DIGSA.) Relacionadas en el SIGEP		
6	**Formato Único de Declaración de Bienes y Rentas** – Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP)	✓	
7	Fotocopia legible Cédula de Ciudadanía (ambos lados)	✓	
8	**Certificado de Antecedentes Judiciales Policía Nacional** con fecha de expedición no superior a 90 días (www.antecedentes.policia.gov.co)	✓	
9	**Certificado de Consulta de inhabilidades delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años,** con fecha de expedición no superior a 90 días (www.inhabilidades.policia.gov.co). (Acuerdo Ley 1918 de 2018 el certificado aplica para el personal asistencial que realiza atención a menores de edad).	✓	
10	Consulta del Registro Nacional de Medidas Correctivas de la Policía Nacional (www.policia.gov.co – módulo" Consulta de Medidas Correctivas CNPC) Ley 1801-29 Julio/16. No superior a 90 días	✓	
11	**Certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación**, con fecha de expedición no superior a 90 días (www.procuraduria.gov.co)	✓	
12	**Certificado del Boletín de Responsabilidad Fiscal** expedido por la Contraloría General de la República, con fecha de expedición no superior a 90 días (www.contraloria.gov.co)	✓	
13	**Certificado Registro de Deudores Alimentarios Morosos** – REDAM con fecha de expedición no superior a 90 días	✓	
14	Fotocopia Diploma Bachiller y Acta de Grado (aplica para bachiller técnicos y tecnólogos).	✓	
15	Fotocopia Diploma y Acta de Estudios Técnicos y/o Tecnológicos. (Obligatorio para todos los aspirantes prestación de servicios técnicos y/o tecnológicos)	✓	
16	Fotocopia Diploma y Acta de Grado Estudios Profesionales. (Obligatorio para todos los aspirantes prestación de servicios profesionales)		
17	Fotocopia Diploma o Acta de Grado de Especialización. (Obligatorio para todos los aspirantes prestación servicios profesionales especializados)		
18	Convalidaciones de títulos obtenidos en el exterior (Si Aplica)		
19	Fotocopia Tarjeta Profesional (acuerdo a las profesiones que aplique).		
20	**Certificado de Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (ReTHUS).** (Si Aplica, es de obligatorio cumplimiento que este registrada la formación académica, por la cual se va a contratar) ***Nota:*** *"Para el ejercicio de las profesiones y de las ocupaciones del área de la salud no se requieren registros, inscripciones, licencias, autorizaciones, tarjetas o cualquier otro requisito diferente al ReTHUS. Por lo anterior resulta improcedente exigir o realizar inscripciones departamentales diferentes a la del ReTHUS, que, como su nombre lo indica, es un registró único y nacional.*		
21	Los técnicos y/o tecnólogos de la salud deberán aportar **Fotocopia de la Resolución o Acto Administrativo** expedido por la Secretaria de Salud donde se autorice el ejercicio de la aptitud ocupacional del área de la salud correspondiente. *(Aplica para el personal asistencial que no requiere ReTHUS).* ***Nota:*** *El talento humano en salud que debe inscribirse para el ReTHUS a nivel técnico y tecnológico en los siguientes programas: Auxiliar de administrativo en salud, Auxiliar de enfermería, Auxiliar en salud oral, Auxiliar en salud pública, Auxiliar en servicios farmacéuticos, Técnico profesional en atención pre-hospitalaria, Técnico profesional en citohistología, Tecnología en atención pre hospitalaria, Tecnología en citohistología, Tecnología en regencia de farmacia, Tecnología en manejo de fuentes abiertas de uso diagnóstico y terapéutico, Tecnología en radiodiagnóstico y radioterapia, Tecnología en radiología e imágenes diagnósticas y Tecnología en radioterapia.*		
22	**Fotocopia Certificado del Curso de Atención de Víctimas de Violencia Sexual Vigente** (Aplica para el personal asistencial).		
23	**Fotocopia Certificado del Curso de Atención de Víctimas de Ataques con Agentes Químicos Vigente** (Aplica para el personal de traslado asistencial y servicio de urgencias, vigencia 02 años).		
24	**Fotocopia Certificado del Curso Diagnóstico y manejo clínico del dengue** (Aplica para el personal asistencial profesionales en Pediatría, Médicos Generales, Enfermeros y Bacteriólogos). Circular conjunta externa N° 013 de 30 mayo 2023 e Instrumento planes de mejora-curso OPS ETV-Zoonosis v1 16/06/2023 Secretaria de Salud		

25	**Fotocopia Certificado Capacitación Protección Radiológica Vigente (Resolución 482 de 2018)** Personal Médicos Radiólogos, Odontólogos, Técnicos de RX e Imágenes Diagnósticas, Auxiliares de Odontología.		
26	**Fotocopia Certificado de Entrenamiento en Soporte Vital Básico BLS Vigente** (Aplica para el personal de Médicos Generales, médicos especialistas según aplique, Enfermeras Profesionales, Auxiliares de Enfermería del servicio de urgencias, UCI y traslado asistencial básico. Vigencia 02 años.		
27	**Fotocopia Certificado de Entrenamiento en Soporte Vital Avanzado ACLS (mínimo 48 horas) Vigente** (Aplica para el personal Médicos Generales, Enfermería Profesional, Terapeutas respiratorias y Tecnólogo del servicio de traslado asistencial medicalizado y todo el personal del servicio urgencias). Vigencia 02 años.		
28	**Fotocopia Certificado de Entrenamiento en Soporte Vital Avanzado en Trauma ATLS** (Aplica para el personal de especialidad como Cirujanos generales)		
29	**Fotocopia Certificado de Entrenamiento en Soporte Vital Avanzado Pediátrico (SAVP-PALS) (mínimo 48 horas) Vigente** (Aplica para el personal Médico manejo de pacientes pediátricos con urgencias respiratorias, choque y paro cardiorrespiratorio) Vigencia 02 años.		
30	**Fotocopia Certificado AIEPI Clínico Comunitario Vigente.** (Para el siguiente personal que realizará atención en salud infantil: Médicos – Enfermera Profesional - Auxiliar Enfermería en la atención de la Ruta Materno Perinatal y Atención momento curso de vida primera infancia).		
31	**Fotocopia Certificado Capacitación Primeros Auxilios Vigente (mínimo 40 horas).** (Aplica para personal Conductores de Ambulancias TAB y TAM en los ESM), vigencia 02 años.		
32	**Fotocopia Certificado Entrenamiento Específico en Unidad de Cuidado Intensivo (Vigencia 02 años). En caso de tener Diplomado no requiere actualización.** (Aplica para el personal de Médicos Generales, Enfermeras Profesionales, Terapeutas Respiratorios, Nutricionistas y Auxiliares de Enfermería, que realizan turnos en Unidad de Cuidado Intensivo).		
33	**Fotocopia Certificado de formación en el manejo de la gestión pre-transfusional vigente.** (Aplica para Bacteriólogo del Servicio Transfusión Sanguínea HONAC)		
34	**Fotocopia Certificado Capacitación Toma de Citología de Cuello Uterino vigente** (Aplica para el personal asistencial que realice toma de citologías Cuello Uterino)		
35	**Certificado formación manejo del dolor y cuidado paliativo vigente** (Aplica al personal asistencial del manejo del dolor y paliativos que no cuenta con la especialización), vigencia 02 años.		
36	**Certificado gestión del duelo vigente** (Aplica al personal asistencial que labora en atención del parto, cuidados intensivos adultos cuidados intermedio- neonatal- pediátrico HONAC) vigencia 02 años.		
37	**Fotocopia de certificado de formación en el Programa Ampliado de Inmunizaciones vigente** (Personal asistencial del servicio de vacunación).		
38	**Fotocopia certificado de formación para la atención y tratamiento en salud mental vigente** (Personal asistencial del servicio de hospitalización en salud mental HONAC).		
39	**Fotocopia del certificado o carnet de manipulación de alimentos, para el personal que labora en el área de cocina (Resolución 2674 de 2013 Ministerio de la Protección Social)**		
40	**Fotocopia del certificado de curso COVE- OVEM para conductores de vehículos de emergencia (ambulancia)** Vigencia 02 años.		
41	**Fotocopia certificada de formación** en Trabajo Seguro en alturas **Resolución 4272 de 2021 Ministerio del trabajo** Ningún trabajador podrá trabajar en alturas sin contar con la certificación respectiva que acredite las competencias laborales, del nivel para el cual fue certificado. Vigencia 18 meses.		
42	Certificación de Afiliación como independiente EPS con fecha de expedición no superior a 30 días.	✓	
43	Certificación de Afiliación como independiente a la Administradora de Pensiones, con fecha de expedición no superior a 90 días.	✓	
44	Copia del Carnet de Vacunación del aspirante (Verificación Esquema Vacunación acuerdo Tipo de Labor Personal avalado por el Área de Vacunación y SST acuerdo Procedimiento Requisitos de Vacunación acuerdo Labor Personal DIGSA. Verificación (www.PAI.web (A Nivel Nacional) –www.PAI2.0 (Bogotá D.C.)	✓	
45	Exámenes Ocupacionales de Ingreso del aspirante acuerdo Tipo de Labor avalado por SST.	✓	
46	Fotocopia Registro Único Tributario (RUT) Persona Natural.	✓	
47	Fotocopia de Certificación Bancaria con fecha de expedición no superior a 90 días.	✓	
48	Verificación Estudio de seguridad (Concepto Favorable) Sin excepción para todo contratista. Directiva Permanente 2052 /MDN-COGFM-COARC-SECAR-JEMOP-JINAV-CCOIN-DEPOCI-DIVSEN-23.1 de fecha 30-08-2023 trata "Lineamientos generales y particulares para el desarrollo de actividades de Seguridad de Personal en la Armada Nacional.		

Nota: Los documentos que **NO** se requieran para el objeto a contratar, registrar **"No Aplica"** en la Columna de verificación.

S1 Ardila Alvarez Alexis	PAT: Alexis Ardila Alvarez
Grado y Nombre del funcionario STH que verifica documentos	**Grado y Nombre del Jefe de Sección Talento Humano o Jefe Personal DISAN/ESM**

Ciudad y fecha de verificación: _____

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Pachon	Rodriguez	Loren Mariana

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No 1023373471	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 05 MES 10 AÑO 2006	DIAGONAL 73A SUR 78I 50 BOSA ALAMEDA			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	BOGOTÁ. D.C.
DEPTO	BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.		
MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.	TELÉFONO	3044068967	EMAIL	marianarodriguez6002@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	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X1°	MES	10	AÑO	2024

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 EN ASISTENICA ADMINISTRATIVA	10	2024	

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
Universidad UNIMINUTO	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	96	X		Liderazgo emprendedor, pensamiento crítico y habilidades para la vida profesional	12	2025
Universidad UNIMINUTO	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	144	X		Identificación y priorización de los peligros y riesgos en entornos laborales	12	2025
Universidad UNIMINUTO	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	96	X		Introducción a la SST en el contexto laboral	12	2025

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE						
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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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						

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_X_ 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 *Bogotá, D.C., 3 de julio de 2026*

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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.

Bogota 28/07/2026

Ciudad y fecha

PAT: Alexis Ardila Alvarez

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

A QUIEN PUEDA INTERESAR

LA VICEPRESIDENTE DE DESARROLLO HUMANO

HACE CONSTAR

Que el(la) Señora LOREN MARIANA PACHON RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1023373471, suscribió un contrato de aprendizaje con la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. con Nit No. 800251440, desde el 25/03/2024, hasta el 21/04/2025.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada, en Bogotá, D.C., el 16 de mayo del 2.025.

Atentamente,

MARÍA DEL CARMEN JIMÉNEZ RODRÍGUEZ
Vicepresidente de Desarrollo Humano

Esta certificación es válida solo por 30 días a partir de su expedición, la verificación de estos datos puede ser realizada comunicándote con el Centro Integrado de Servicio. Línea de atención 646 6060 Extensión 5700900.

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	2026-07-03 12:18

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LOREN	MARIANA	PACHON	RODRIGUEZ

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1023373471

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

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	ARMADA NACIONAL

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Dirección	["CARRERA 54 N 26 25 CAN"]
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 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$5.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$5.000.000,00

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	$100.000,00

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:

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

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:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.023.373.471



Apellidos
PACHON RODRIGUEZ

Nombres
LOREN MARIANA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.55

Sexo
F

Fecha de nacimiento
05 OCT 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
17 OCT 2024, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
18 OCT 2034

Powered by CamScanner

.CO

0570111161

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0570111612150O1<<<<<<<<<<<
0610054F3410185COL1023373471<8
PACHON<RODRIGUEZ<<LOREN<MARIAN

Powered by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:35:04 PM horas del 13/08/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1023373471**

Apellidos y Nombres: **PACHON RODRIGUEZ LOREN 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

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:37:07 horas del 13/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1023373471,** Apellidos y Nombres **PACHON RODRIGUEZ LOREN MARIANA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **DMBOG**, con NIT **901541302-9** 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

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, 13/08/2026 04:40:15 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1023373471 .**

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. **145645532** . 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

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 301152635

PIB
16:38:10

Bogotá DC, 13 de agosto 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) LOREN MARIANA PACHON RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1023373471:

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.

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 jueves 13 de agosto de 2026, a las 16:41:11, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1023373471
Código de Verificación	1023373471260813164111

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

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 1023373471 **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 22/07/2026 11:33 AM

Código Verificación: **87DN95GJQB**

Válida hasta: **20/10/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

La República de Colombia, El Municipio de Soacha y en su Nombre La

Institución Educativa La Despensa

Resolución de Aprobación No. 00296 de Noviembre 30 de 2.001, emanada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca
y Decreto No. 001 del 17 de Enero de 2.001, emanado por la Alcaldía Municipal de Soacha
Nit.: 832.002.383 - 3 Dane No. 125754000713

¡En la Ruta de la Excelencia, construyendo la sana convivencia!

Confiere a:

Loren Mariana Pachón Rodríguez

Identificado(a) con T.I. No. 1023373471 expedida en Bogotá, D.C.

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica (Art. 20 Ley 115 de 1.994, el DURSE del 26 de mayo de 2.015, Art 2.3.3.3.3.18 Numeral 2, en concordancia con el Decreto 1290 de 2.009) Según los planes y programas vigentes del M.E.N

Dado en Soacha, Cundinamarca a los 28 Días del mes de Noviembre de 2.023, Anotado al folio No. 149
del Libro de registro para control interno de diplomas No. 02, Acta de Grado No. 056

INSTITUCIÓN EDUCATIVA
CIENCIA TRABAJO
PAZ
LA DESPENSA

Mag. María Dolly Pardo Castillo, Rectora
C.C No. 41´614.589 de Bogotá

Clotilde Robayo Sandoval, Secretaria Académica
C.C No. 28´935.076 de San Luis (Tolima)

No se requiere Registro de la Secretaría de Educación y Cultura de Soacha, según Decreto No. 921 del 06 de mayo de 1.994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional y 2150 del 03 de Diciembre de 1.995 de la Presidencia de la República

Powered by CamScanner

Institución Educativa La Despensa

Resolucion de Aprobación No. 002496 de Noviembre 30 de 2.001, emanada por la Secretaria de Educación de Cundinamarca y Decreto No. 002 del 17 de Enero de 2.003, emanado por la Alcaldía Municipal de Soacha.
Nit.: 832.002.383 - 3 DANE No. 125754000713

¡Educación de Calidad al alcance de Todos - Formación para la Excelencia!

Acta Individual de Grado

En la ciudad de Soacha - Cundinamarca, a los **28** Días del mes de **Noviembre** del año **2.023;** se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de Grado 11°, las Suscritas Rectora y Secretaria Académica de la Institución Educativa La Despensa, con Reconocimiento Oficial en el Nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, para otorgar el Título de **BACHILLER ACADÉMICO**, según Resolución No. 002496 del 30 de Noviembre de 2.001 y conformada como Institución Educativa La Despensa por Decreto Municipal No. 002 del 17 de Enero de 2.003, emanado por la Alcaldía Municipal de Soacha.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de **BACHILLER ACADÉMICO**, al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Loren Mariana Pachón Rodriguez

Identificado(a) con T.I. No. 1023373471 expedida en Bogotá, D.C.

Es fiel copia del Acta Original No. **056** de fecha **28** de **Noviembre** de **2.023,** consta de **99** estudiantes, inicia con el Nombre de **ACOSTA MONTAÑO JHONATAN ANDRES**, identificado con tarjeta de identidad No. **1.067.856.252** expedida en Monteria y termina con el nombre de **VIRVIESCAS CARRILLO MIGUEL ANGEL**, identificado con tarjeta de identidad No. **1.011.321.329** expedida en Bogotá D.C.

Dada en Soacha, Cundinamarca a los **28** días de **Noviembre** de **2.023.**

Firmada y Sellada por **Mag. María Dolly Pardo Castillo** (Rectora) y **Cleotilde Robayo Sandoval** (Secretaria Académica), a los **28** días de **Noviembre** de **2.023.**

Mag. María Dolly Pardo Castillo, Rectora
C.C. No. 41'614.589 de Bogotá

Cleotilde Robayo Sandoval, Secretaria Académica
C.C. No. 28'935.036 de San Luis (Tolima)

Powered by CamScanner

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

LOREN MARIANA PACHON RODRIGUEZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 1023373471

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

ASISTENCIA ADMINISTRATIVA .

En testimonio de lo anterior. se firma el presente Titulo en Soacha. a los once (11) dias del mes de junio de dos mil veinticinco (2025)

Firmado Digitalmente por

ARGEMIRO CELIS CASTRO
Subdirector (E) CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA
REGIONAL CUNDINAMARCA

95648282 - 11/06/2025
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 9232002902287CC1023373471C.

Powered by CamScanner

UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios
Educación de calidad al alcance de todos

CERTIFICA QUE

Loren Mariana Pachon Rodriguez

Documento de identidad: C.C 1023373471

Obtuvo la credencial digital

Introducción a la SST en el contexto laboral

Con una duración de 96 horas

12 de diciembre de 2025

FECHA

STEPHANIE LAVAUX
VICERRECTORA GENERAL ACADÉMICA

Distancia 4.0

UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios
Educación de calidad al alcance de todos

CERTIFICA QUE

Loren Mariana Pachon Rodriguez

Documento de identificación: C.C 1023373471

Obtuvo la credencial digital

Liderazgo emprendedor, pensamiento crítico y habilidades para la vida profesional

Con una duración de 96 horas

9 de diciembre de 2025

FECHA

STEPHANIE LAVAUX
VICERRECTORA GENERAL ACADÉMICA

Distancia 4.0

UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios
Educación de calidad al alcance de todos

CERTIFICA QUE

Loren Mariana Pachon Rodriguez

Documento de identidad: C.C 1023373471

Obtuvo la credencial digital

Identificación y priorización de los peligros y riesgos en entornos laborales

Con una duración de 144 horas

12 de diciembre de 2025

FECHA

STEPHANIE LAVAUX
VICERRECTORA GENERAL ACADÉMICA

Distancia 4.0

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LOREN MARIANA PACHON RODRIGUEZ identificado(a) con CC. 1023373471 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2024/04/26**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO SOACHA VENTURA TERREROS**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 29 días del mes de 07 del año 2026.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LOREN MARIANA PACHON RODRIGUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1023373471,** se encuentra afiliado/a desde **27/02/2026** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de julio de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el(la) señor(a) **LOREN MARIANA PACHON RODRIGUEZ** identificado(a) con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1023937427**, se encuentra afiliado(a) desde el 21/02/2023 a 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 21 de julio de 2026.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

DIGSA		
	PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
	Formato	requisitos de vacunación personal con actividades administrativas de archivo DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-112
	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 electronico y marque con una (X) en Mujer u Hombre de acuerdo al genero del aspirante.

Apellidos: PACHON RODRIGUEZ			Nombres: LOREN MARIANA		
N° de Documento: 1023373471			Edad: 22 AÑOS		
Genero:	Mujer	X	Hombre		
Profesión u ocupación: TECNICO EN ASESORIA COMERCIAL			Número de contacto: 315 219 7123		
Correo electrónico: lauratatia2002@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		DISAN ARC	X	JEFSA FAC	
Establecimiento de Sanidad Militar: DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BOGOTA							
Cargo al que aspira: AUXILIAR DE ARCHIVO DMBOG							

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
Toxoide Tetánico y Diftérico	Mujer	Este esquema de vacunación se requiere hasta los 49 años de edad.	1ra	SI	18/02/2025
			2da	SI	22/07/2026
			3ra		
			4ta		
			5ta		
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		
	Hombre		1ra		
			2da		
			3ra		
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		

OBSERVACIONES:

VII. 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	X	NO		

VIII. 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.

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 certificó que he leído, entiendo y acepto los términos, condiciones y la información suministrada por la Dirección General de Sanidad Militar.

Firma del aspirante

DIGSA		
	PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
	Formato	Compromiso Requisitos de Vacunación DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-108
	Vigente	Agosto de 2023

Este formato de compromiso se podrá firmar únicamente para completar el esquema de vacunación para TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO a partir de la segunda dosis por inicio de esquema de vacunación.

Fecha 22/07/26

Tipo de vinculación: Planta [ ] OPS [X] Tercerización de Servicios [ ]

DIGSA [ ] DISAN EJC [ ] DISAN ARC [X] JEFSA FAC [ ]

ESM: Dispensario Médico Nivel II Bogotá

Yo **LOREN MARIANA PACHON RODRIGUEZ** identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. **1.023.373.471** me permito suscribir la presente acta de compromiso para la aplicación de las vacunas faltantes en las fechas establecidas así:

VACUNA	GENERO	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN - N/A
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO	Mujeres	2da	N/A
		3ra	22/01/2027
		4ta	22/01/2028
		5ta	22/01/2029
	Hombre	2da	N/A
		3ra	N/A

La presente se firma en: Bogotá a los 22 días del mes de Julio del año 2026.

Firma del aspirante.

Observaciones SST: _____

Firma Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo del centro de trabajo. Grado.
Nombre completo:

Firma Líder de Vacunación del centro de trabajo.
Grado. Nombre completo:

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 21e21260-d340-4b95-9181-60025066118

Nombres y apellidos / Full name: LOREN MARIANA PACHON RODRIGUEZ

Tipo de identificación / ID Type: TARJETA DE IDENTIDAD

Número de identificación / ID Number: 1023373471

Fecha de nacimiento / Date of birth: 05/10/2006

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: NO REGISTRA

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination Dia / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
COVID PFIZER	Primera	28	10	2021	PFIZER	FJ1926	ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	PAOLA ANDREA CORREA ARTUNDUAGA
COVID PFIZER	Segunda	15	02	2022	PFIZER	210958	Centro Médico Colsubsidio Soacha Centro	YERITH MELIZA DIAZ MUÑOZ
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	18	12	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525006	CENTRO MÉDICO COLSUBSIDIO GRAN PLAZA SOACHA	DIANA CAROLINA AGUILAR SANCHEZ - CC52444496 - ACTIVO
TD Adulto	Primera	18	12	2025	Serum	2334X006A	CENTRO MÉDICO COLSUBSIDIO GRAN PLAZA SOACHA	DIANA CAROLINA AGUILAR SANCHEZ - CC52444496 - ACTIVO
TD Adulto	Segunda	22	07	2026	Serum	2334X006A	CENTRO MÉDICO COLSUBSIDIO GRAN PLAZA SOACHA	DIANA CAROLINA AGUILAR SANCHEZ - CC52444496 - ACTIVO

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **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 o 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 tha should open the page.

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

Este carné es válido en Colombia.
Podrá ser solicitado 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, los cuales podrá consultar en la página oficial de la Secretaría de Salud de su entidad territorial.

Salud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Jaren Mariana

Apellidos: Pachon Rodriguez

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

Número de documento: 1023373471

Fecha de nacimiento: Día 05 Mes 10 Año 2006

Powered by CamScanner

Este carné es válido en Colombia.
Podrá ser solicitado 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, los cuales podrá consultar en la página oficial de la Secretaría de Salud de su entidad territorial.

Salud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Jaren Mariana

Apellidos: Pachon Rodriguez

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

Número de documento: 1023373471

Fecha de nacimiento: Día 05 Mes 10 Año 2006

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	18 DIC 2025	2334X006A	
	2	22 JUL 2026	2334X006A	
	3	22-01-27	proxima	
	4			
	5			
TdaP acelular Una dosis por embarazo				
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH Dos dosis en personas inmunosuprimidas	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	18 DIC 2025		V-OSD-5006
	Anual			
Covid 19				
Otras				

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE:CENDIATRA OCCIDENTE 1 **DIRECCIÓN:**Av. Carrera 68 # 17-82, Centro Industrial **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6014470068 **EMAIL:**citas.occidente1@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-01-07

Nombres y apellidos:LOREN MARIANA PACHON RODRIGUEZ
Fecha de nacimiento:05/10/2006
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:AUXILIAR DE ARCHIVO
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:NO REFIERE

CC:1023373471
Edad:19 **Sexo:**FEMENINO
Fecha ingreso:2026-01-07 / 02:15:11
Fecha salida:2026-01-07 / 02:23:20
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:E.P.S. FAMISANAR LTDA. CAFAM-COLSUBSIDIO



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN OPTOMETRICO
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD:
: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Juan Carlos Méndez M.
MEDICO
L.S.O. 2022-22/02/2016
RM. 80816185

JUAN CARLOS MENDEZ MARTINEZ
CC: 80816185
RM: 80816185
LIC-SST: 2022-22
Firma y sello del médico

LOREN MARIANA PACHON RODRIGUEZ
CC: 1023373471
Firma del paciente

Cendiatra

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE:CENDIATRA OCCIDENTE 1 **DIRECCIÓN:**Av. Carrera 68 # 17-82, Centro Industrial **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6014470068 **EMAIL:**citas.occidente1@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-01-07

Nombres y apellidos:LOREN MARIANA PACHON RODRIGUEZ
Fecha de nacimiento:05/10/2006
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:AUXILIAR DE ARCHIVO
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:NO REFIERE

CC:1023373471
Edad:19 **Sexo:**FEMENINO
Fecha ingreso:2026-01-07 / 02:15:11
Fecha salida:2026-01-07 / 02:23:20
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:E.P.S. FAMISANAR LTDA. CAFAM-COLSUBSIDIO



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

Juan Carlos Mendez M.
MEDICO
L.S.S. 2022-22/02/2016
T. Rm. 80816185

JUAN CARLOS MENDEZ MARTINEZ
CC: 80816185
RM: 80816185
LIC-SST: 2022-22
Firma y sello del médico

LOREN MARIANA PACHON RODRIGUEZ
CC: 1023373471
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141240347922

(415)7707212489984(8020) 000014124034792 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 3 3 7 3 4 7 1	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

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 2 3 3 7 3 4 7 1	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PACHON	RODRIGUEZ	LOREN	MARIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: DG 73 A # 78 I - 50 BRR

42. Correo electrónico: marianarodriguez6002@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 2 8 0 5 7 5 5 4	3 0 4 4 0 6 8 9 6 7

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
0 0 1 0	2 0 2 4 1 0 1 8						

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 2026-03-11 / 09:09:41AM

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 PACHON RODRIGUEZ LOREN MARIANA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 03-07-2026 12:41:37PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **07/07/2026**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LOREN MARIANA PACHON RODRIGUEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1023373471**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550002300345390**
Fecha de apertura	**05/12/2023**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO No.7

FORMATO DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO DE CUENTA SIIF II E INFORMACIÓN TRIBUTARIA

FORMATO ANEXO No. E - BENEFICIARIO CUENTA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL República de Colombia Libertad y Orden	FORMATO Anexo No. 1 Datos Básicos Creación Beneficiario Cuenta SIIF Nación	Página 1 de 1 Código : 47 - PFMDNSGDF - F022 - 01 Vigente a partir de: 08 JUL 2014

CIUDAD Bogota FECHA 22 de Julio 2026

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

I. DOCUMENTOS A ADJUNTAR

PERSONA JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA

Fotocopia Cédula de Ciudadanía
Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio
Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)

CONSORCIO O UNION TEMPORAL

Aplica para los participantes y representantes legales del Consorcio o Unión Temporal.

Fotocopia Cédula de Ciudadanía
Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio
Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)
Documento de constitución del Consorcio o Unión Temporal

PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA

Fotocopia Cédula de Ciudadanía
Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT) (si es contratista).
Fotocopia de la cédula de extranjería, licencia u otro documento que aporte el extranjero.

Nota: La fotocopia de la cédula de ciudadanía no puede ser reemplazada por otro documento.

Los terceros naturales nacionales o extranjeros; jurídicos nacionales o extranjeros o consorcios y uniones temporales, deben solicitar a la entidad financiera que la certificación bancaria sea con el número de identificación que aparece registrado en el RUT. Así mismo, que el original de la certificación bancaria indique que la cuenta está activa, vigente y que su expedición no sea mayor a 30 días.

II. INFORMACION BASICA — Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno Número:

DATOS PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Loren Mariana Pachon Rodriguez.

Tipo documento de Identificación:		
Cédula de Ciudadanía:	X	No. 1023373491
Cédula de Extranjería:		No.
Nit Persona Jurídica:		No.
Nit Persona Natural:		No.
Pasaporte:		No.
Registro Civil:		No.
Tarjeta de Identidad:		No.
Otro Tipo Documento:		No. Cuál:

III. INFORMACION PARTICIPANTES

CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

OBJETO UNION DE LOS PARTICIPANTES-CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

PORCENTAJE DE PARTICIPACION:

NUMERO DE IDENTIFICACION DE LOS PARTICIPANTES:

IV. DATOS INFORMACION GENERAL

TIPO DE ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL

Sociedad Anónima		Cooperativa		Empresa Ind. Y Cial del Estado	
Sociedad Colectiva		Empresa Unipersonal		Asociaciones Mutualistas	
Sociedad Comandita por Acciones		Empresa Comunitaria		Fondos de Empleados	
Sociedad Comandita Simple		Empresa de Servicio		Instituto de Economía Solidaria	
Sociedad de Economía Mixta		Entidad Pública		Precooperativa	
Sociedad de Hecho		Empresa Solidaria de Salud			
Sociedad Limitada		Entidad sin Animo de Lucro			
Sociedad Sucursal Extranjera		Federación o Confederación			
Sociedad Simplificada por Acciones (SAS)		Cooperativa de trabajo asociado			

TIPO DE CAPITAL	PRIVADO		ENTIDAD EN PROCESO LIQUIDATORIO	SI
	PUBLICO			NO
	MIXTO			
PORCENTAJE DE CAPITAL MIXTO	PUBLICO	%		
	PRIVADO	%		
	TOTAL	%		

V. INFORMACION TRIBUTARIA

TIPO RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

ICA		IMPUESTO TIMBRE	
RENTA		RETENCION EN LA FUENTE ICA	
RETENCION EN LA FUENTE RENTA		GRAN CONTRIBUYENTE	
IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS IVA		RETENCION EN LA FUENTE IVA	
REGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL			
INFORMACION EXOGENA		NO CONTRIBUYENTE	
REGIMEN COMUN		PROFESIONAL INDEPENDIENTE	
REGIMEN ORDINARIO		NO RESPONSABLE	
ENTIDAD DEL ESTADO		RESPONSABLE	
AUTORRETENEDOR	SI		NO

VI. UBICACIÓN

TIPO DE DIRECCION		DOMICILIO CIVIL	
DIRECCION PROCESAL		DOMICILIO FISCAL	
DOMICILIO CONTRACTUAL		RESIDENCIA	x

Dirección	Cg 73A Sur 78I-50	Teléfono	3028057554
E-mail	Marianarodrigue26002@gmail.com	Fax	
País	Colombia	Región	Bogotá D.C.
Ciudad	Bogotá		
Localización	Nacional x	Extranjera	
Página Web		Contacto	
Designación del contacto		E-mail del contacto	
Apartado Aéreo			

VII. REPRESENTANTE LEGAL

TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL

Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno **Número:**

Revisor Fiscal		Tutores y Curadores por los incapaces	
Albaceas		Mandatarios o Apoderados Generales	
Representante legal de Personas Jurídicas		Padres por su hijos menores	
Donatorios o Asignatarios		Nombre Representante Legal:	
Otros		Tipo doc. Identificación	
		No. Doc. Identificación	

VIII. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA

Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno **Número:**

Entidad Financiera	Davivienda	Número de Cuenta	055000230034 5390
Tipo de la cuenta bancaria	Corriente	Ahorro	x

Loren Mariana Pachon Rodriguez

NOMBRE Y FIRMA DEL TERCERO (PROVEEDOR)

NOTA 1: El único formato válido para la creación de terceros en el sistema SIIF-Nación es el presente.

NOTA 2: La información aquí consignada no debe tener borrones, tachones o enmendaduras. El incumplimiento de los requisitos antes exigidos será causal de rechazo.

NOTA 3: Certifico que la información aquí consignada es légitima y me responsabilizo de la misma para efectos legales.

	ARMADA NACIONAL DIRECCIÓN SANIDAD NAVAL	
	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN	
	Versión: 1.0	Fecha: 20/02/2015

El(los) suscrito(s) a saber Loren Mariana Pachon Rodriguez, domiciliado en Bogotá D.C., identificado(s) con CC. 1023373471 de Bogotá D.C respectivamente, quien(es) obra en calidad de PERSONA NATURAL X o JURIDICA ___ (marque con X) , que en adelante se denominará EL PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que EL MINISTERIO DE DEFENSA-DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR – DIRECCION DE SANIDAD NAVAL, adelanta un proceso de contratación para (escriba el objeto) Prestacion de servicios de apoyo a la gestion como auxiliar de archivo., en forma independiente y con total autonomía técnica, administrativa y financiera, con sus propios medios, todo ello de acuerdo con las obligaciones contenidas en el estudio previo y en la solicitud de oferta.

SEGUNDO: Que es interés de EL PROPONENTE apoyar la acción del Estado colombiano, y del MINISTERIO DE DEFENSA para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

TERCERO: Que siendo del interés de EL PROPONENTE participar en el proceso de contratación directa aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se regirá por las siguientes cláusulas:

CLAUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.

EL PROPONENTE, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

1.1. EL PROPONENTE no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta,

1.2. EL PROPONENTE se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre;

1.3. EL PROPONENTE se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de contratación directa y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:

a) No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios del MINISTERIO, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que, por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta;

b) No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios del MINISTERIO DE DEFENSA durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

1.4. EL PROPONENTE se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso de contratación directa.

1.5. EL PROPONENTE se compromete a que en caso que se le adjudique el contrato, no buscara financiación ni utilizará recursos estatales en negocios de captación o recaudo no autorizado de recursos del público en forma masiva.

CLAUSULA SEGUNDA. CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

EL PROPONENTE asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en EL REGLAMENTO del proceso de contratación, si se verificare el incumplimiento de los compromisos anticorrupción.

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de Bogotá D.C. a los 22 días del mes de Julio de 2026.

c.c. 1023373471

	ARMADA NACIONAL DIRECCIÓN SANIDAD NAVAL	
	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	
	Versión: 1.0	Fecha: 01/01/2013

YO Loren Mariana Pachon Identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1023373471, mediante el presente anexo declaro que según la información entregada por la **ARMADA NACIONAL /DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN)** me comprometo como Contratista a Conocer, entender y cumplir con las políticas de seguridad y normatividad que trate la materia, así mismo tengo claro que toda información institucional que sea manipulada, transformada, generada o creada, en las instalaciones de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN)** o la que se maneje fuera de ella, son de propiedad exclusiva de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN),** por lo tanto es de mi total saber y entender que no podré utilizar, ni siquiera después de finalizar mi actividad contractual dicha información. Solo será utilizada la documentación, única y exclusivamente para los fines para los que fue entregada; además me comprometo a conservarla con la debida seguridad e impedir su deterioro, pérdida, alteración, uso no autorizado o fraudulento y cumplir con las instrucciones que imparta la DISAN.

Como parte receptora de dicha información me comprometo a:

a) Adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para garantizar la confidencialidad de la información y evitar su adulteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado.
b) Respetar los derechos de propiedad y la reserva de toda la información y datos confidenciales que sean propiedad de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN).**
c) No divulgar a otras personas la información a la que tenga acceso, estructuras de la red, direcciones y demás datos sensibles que puedan ser utilizados para acceder a la información o a la red de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN).**

Por último es claro para mí, que si incumplo el compromiso de confidencialidad de la información y las políticas de seguridad establecidas en este documento, será declarado el incumplimiento del contrato de prestación de servicios y por ende se dará la terminación del mismo por parte de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN);** adicionalmente se hará posible la aplicación de las sanciones civiles, penales y todas aquellas que legalmente correspondan especialmente las señaladas en la Ley Estatutaria 1266 del 31 de Diciembre de 2008 y demás normas que rijan la materia.

Atentamente,

C.C. 1023373471

CONTRATISTA

	ARMADA NACIONAL DIRECCIÓN SANIDAD NAVAL
	GESTIÓN CONTRACTUAL
	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN
Versión: 1.0	Fecha: 07/07/2015

|COMPROMISO ANTISOBORNO

El **Ministerio de Defensa Nacional–Dirección General de Sanidad Militar–Dirección de Sanidad Armada Nacional- Dispensario médico Bogotá,** ha declarado el compromiso institucional de cero tolerancias con el soborno y la corrupción, adoptando prácticas e impulsando campañas y mecanismos que permitan prevenir y detectar potenciales situaciones de soborno o conductas irregulares en el accionar de los contratistas de la entidad, mediante el desarrollo de actividades, planes y programas en el marco de los valores y la integridad aplicadas en el Código de Integridad de la entidad.

Por lo anterior, se suscribe el siguiente compromiso antisoborno:

Yo, Loren Mariana Pachon Rodriguez mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No 1023373471 ,expedida en Bogotá D.C. en mi calidad de **OFERENTE Y/O PROVEEDOR**, contrato _____ Representante legal_____ Empresa _____NIT:_____ Contrato MDN-_____ De manera voluntaria y libre de coacción, coerción, amenaza, dádiva y/o promesa remuneratoria, directa o indirecta, mediante la suscripción de este documento a título de aporte unilateral a favor del **Ministerio de Defensa Nacional–Dirección General de Sanidad Militar – Dirección de Sanidad Armada Nacional- Dispensario médico Bogotá**, en cumplimiento del compromiso de lucha contra la corrupción, declaro que asumo los siguientes compromisos:

1) Manifiesto públicamente que conozco el alcance y el contenido de la Política, objetivo y alcance del Sistema de Gestión de Antisoborno del Ministerio de Defensa Nacional, y como consecuencia de ello me comprometo a tomar una actitud de cero tolerancias ante el soborno y la corrupción.

2) Rechazar, NO aceptar y/o solicitar, NO ofrecer, NO prometer y NO entregar para sí o para otro, dadivas, regalos, bonificaciones, comisiones y/o promesa remuneratoria, directa o indirectamente; tanto en el Ministerio como fuera de él, a cambio de obtener beneficios ilegales en la ejecución de las obligaciones contractuales.

3) Rechazar y NO aceptar ningún tipo de fiestas, recepciones, homenajes, o cualquier tipo de atención social de servidores del Ministerio de Defensa Nacional, interventores, consultores o contratistas de la entidad o de personas con interés en los diferentes momentos del contrato que me fue adjudicado.

4) Prevenir el soborno por, o en nombre de, o en beneficio de quien suscribe en relación con la operación correspondiente, proyecto, actividad o relación.

5) Fomentar y aplicar mecanismos, instrumentos y/o controles al interior de la empresa que represento y/o en nombre propio para la prevención de prácticas de conductas asociadas al soborno, el fraude o la corrupción.

6) Fomentar el reporte de las conductas o hechos que puedan llegar a configurar prácticas de soborno, corrupción o fraude con fundamento en la buena fe o en una sospecha razonable.

7) Promover acciones encaminadas a la formación e inducción de mis empleados y socios de negocios en la aplicación de la Sistema de gestión de Antisoborno basados en los requerimientos de la Norma ISO 37001 y la normativa aprobada por el Ministerio de Defensa Nacional que tienen la finalidad de combatir el soborno y la corrupción en las relaciones inherentes a mi cargo, entre ellos el Código de Ética e Integridad.

8) Garantizar la confidencialidad de los datos de quien reporte hechos de corrupción soborno o fraude en la entidad.

9) Proteger la identidad de los informantes y de las personas que participan en la denuncia.

10) Proteger a mis empleados, socios de negocio y partes interesadas, ante cualquier represalia, como consecuencia de denuncias por prácticas que puedan constituir soborno.

11) Aceptar que la violación de Política del Sistema de Gestión Antisoborno del Ministerio de Defensa Nacional dará lugar al inicio de investigaciones por parte de la Oficina de Control Interno Disciplinario del Ministerio de Defensa Nacional o al traslado de las denuncias correspondientes a las demás autoridades competentes, con la finalidad de establecer la responsabilidad administrativa, fiscal, disciplinaria, civil a que haya lugar, así mismo se da a conocer los canales dispuestos por el MDN.

- Correo electrónico: lineadelhonor@mindefensa.gov.co - antisoborno@mindefensa.gov.co
- Línea telefónica: Línea del honor -antisoborno PBX: 3150111 ext. 40135
- Buzones físicos en punto de atención presencial.
- APP: Mindefensa.
- Sede electrónica: ttps://wasedeelectronicapro.azurewebsites.net/mindefensa.html?#/home

12) Que, conociendo los mecanismos dispuestos de denuncia planteados en la política de Antisoborno del Ministerio de Defensa, recibir y dar traslado oportuno de las denuncias.

13) Respetar los valores representados en el Código de Integridad del Ministerio.

14) Colaborar de buena fe en cualquier investigación llevada a cabo por el Ministerio de Defensa Nacional y sus representantes, en caso de que se produzca algún incumplimiento de estos compromisos.

15) Aceptar que el MDN puede poner fin a la relación contractual en caso comprobado de soborno por parte de, o en nombre de, o en beneficio de quien suscribe, en relación con la transacción correspondiente, proyecto, actividad o relación. Hago constar que soy consciente de la responsabilidad que implica la suscripción de este acuerdo.

Dado en la ciudad de Bogotá D.C., a los (22) días del mes de Julio del año 2026 con la firma de este documento, doy prueba de que conozco y me comprometo para aplicar la Política Antisoborno del Ministerio de Defensa Nacional.

FIRMA

C.C. 1023373471