	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: Daniela Coron Perdomo

IDENTIFICACIÓN: 1018472240

OBJETO CONTRATO: Médica Otorrinolaringóloga.

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.

SI Alexis Ardila Alvarez	SI Lara Reyes Leonidas
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: _____

Este formato obedece a la contratación por prestación de servicios con el fin de obtener la mayor cantidad de información posible y realizar una selección que responda a las necesidades del objeto a contratar.

1. DATOS DEL AREA SOLICITANTE:

FECHA DE SOLICITUD			FECHA RECEPCIÓN TH			DIVISION	AREA
DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA	DIVASIS	CONSULTA EXTERNA
28	07	2026	28	07	2026		
GRADO DEL SOLICITANTE			NOMBRE DEL SOLICITANTE				CARGO DEL SOLICITANTE
Capitán de Fragata			CAMARGO ABRIL JULIÁN ALBERTO				Subdirección Asistencial

2. SOBRE EL CONTRATO:

OBJETO DEL CONTRATO: (Acuerdo a estudio previo)

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO ESPECIALIZADO EN OTORRINOLARINGOLOGIA PARA EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ, EN FORMA INDEPENDIENTE, CON TOTAL AUTONOMÍA ADMINISTRATIVA, TÉCNICA Y FINANCIERA.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS: (Describa las obligaciones específicas a desarrollar)

1. Realizar las actividades y procedimientos de carácter asistencial CONSULTA Y CIRUGIA y/o administrativos inherentes y derivados del desarrollo de la prestación de servicios como MÉDICO ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA para el DMBOG y sus satélites.
2. Brindar apoyo y orientación en la consulta prioritaria cuando se requiera valoración por su especialidad y el correcto registro en la historia clínica de la misma.
3. Velar por el cuidado y la respuesta terapéutica de los pacientes.
4. Orientar a la Subdirección Asistencial sobre el manejo y las necesidades de los pacientes con patologías de su especialidad.
5. Velar por el cuidado y custodia de las Historias Clínicas.
6. Velar por el adecuado manejo de recursos institucionales sin perjudicar la atención de los usuarios.
7. Realizar en forma oportuna y eficaz los Comités Técnico Científicos en forma adecuada y cumpliendo con las directrices de la institución en cuanto a la formulación de medicamentos.
8. Realizar de forma profesional y puntual los conceptos médicos que le sean solicitados.
9. Con relación a las garantías presentadas y en caso de que algunas de las mismas lleguen a su vencimiento, el contratista tiene la obligación de renovarla de manera inmediata, en caso tal de que queden unos días descubiertos, estos días se descontaran por tanto se entiende que no existió ejecución.
10. El contratista se obliga a ejecutar las actividades y eventos sin exceder en ningún caso el valor total del presupuesto asignado, el cual constituye el límite máximo de ejecución contractual; así mismo sujeto a la realización de los eventos y disponibilidad presupuestal previa autorización del supervisor.

JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD (Especifique)

Teniendo en cuenta, lo establecido en el Decreto Ley 1795 de 2000, el Ejército Nacional, la Armada Nacional y la Fuerza Aérea, serán las encargadas de prestar los servicios de salud a través de la Dirección de Sanidad de cada una de las instituciones, a todos los usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, prestación de servicios que se realizará en los diferentes establecimientos, y/o con las diferentes red externas contratadas, de conformidad con las políticas y parámetros establecidos por el CSSMP.

El Dispensario Médico Nivel II Bogotá desde el Departamento Médico Quirúrgico y Consulta Externa, requiere la contratación de manera temporal y excepcional de una Especialista en Otorrinolaringología para realizar la consulta externa y los procedimientos quirúrgicos así como diagnósticos ambulatorios inherentes a la especialidad en la atención de los usuarios del Dispensario Médico Nivel II Bogotá (DMBOG), toda vez que, no existe personal de planta suficiente para prestar el servicio o que el personal no es idóneo pues no cuenta con la experiencia o los estudios necesarios para prestar el servicio y garantizar la salud y la atención de los usuarios. La necesidad en la contratación del Especialista en Otorrinolaringología se funda en las patologías presentadas por los usuarios del

Dispensario Médico Nivel II Bogotá, las cuales requieren de atención oportuna, eficaz y complementaria a los programas de prevención y detección temprana del nuevo modelo de atención integral en salud.

La necesidad que se pretende satisfacer se encuentra debidamente fundamentada en lo dispuesto en el Decreto 1795 de 2000 y en el Acuerdo 002 del 27 de abril de 2001, mediante el cual se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial. Dicho marco normativo define la obligación de garantizar la prestación integral y oportuna de los servicios de salud a la población afiliada. Para el caso concreto, el Dispensario Médico Nivel II Bogotá dispone actualmente únicamente de un (01) profesional vinculado mediante Contrato de Prestación de Servicios (CPS) en la Especialidad de Otorrinolaringología, quien ha venido desarrollando las labores propias de su profesión. Este volumen de atención resulta insuficiente frente a la demanda creciente del servicio, lo que genera riesgos de represamiento, aumento en los tiempos de espera y afectación en la continuidad y oportunidad de la atención a los usuarios.

Es importante precisar que, para la elaboración del presente estudio previo, se realizó el correspondiente estudio de mercado para la vigencia, con el fin de establecer valores de contratación acordes con la realidad económica actual del sector salud y garantizar el principio de eficiencia en el uso de los recursos públicos.

Cabe resaltar que, si bien durante la Vigencia 2025 el Dispensario contaba con un (01) médico militar de la Especialidad de Otorrinolaringología, dicho profesional fue trasladado por necesidades del servicio, generando un déficit en la capacidad instalada para la prestación de esta especialidad. En consecuencia, se hace necesario contratar un profesional adicional que permita suplir la ausencia generada, atender la demanda existente y garantizar la continuidad, calidad y oportunidad del servicio de salud para los usuarios del subsistema de sanidad. Adicional a lo anterior, la atención en otorrinolaringología contribuye a la buena prestación de servicios a los usuarios del Dispensario Médico Nivel II Bogotá, por consiguiente, la contratación del profesional garantiza el derecho a la salud y a la seguridad social de los usuarios.

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriormente expuestas, se requiere la contratación de, Otorrinolaringóloga con experiencia en el manejo de las diferentes patologías de esta especialidad, y quien cuenta con la formación educativa requerida; así mismo es importante mencionar que el Dispensario Médico Nivel II Bogotá en su modalidad de contratación para la Especialidad de Otorrinolaringología para la Vigencia 2024 manejaba un valor hora para la realización únicamente de consulta médica, pero dadas las necesidades institucionales y al contar con la infraestructura actual, es posible realizar procedimientos ambulatorios de baja complejidad por parte de la especialidad, por tal motivo, y con el fin de lograr ser competitivos con la oferta laboral actual, y brindar una atención de calidad, se requiere un ajuste de los valores, teniendo en cuenta que la prestación del servicio por parte del contratista será facturado por eventos ofertados de acuerdo al estudio de mercado realizado así:

ITEM	CUPS	PROCEDIMIENTO	PRECIOS HISTORICOS 2025	GABRIELA ELIZABETH CORREDOR GARCIA (CLINICA COLSANITAS)	GLORIA FERNANDA CORREDOR (IPS VISIÓN TOTAL)	VALOR REFERENCIA 2026
1	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	$ 40,667	$ 38,000	$ 32,500	$ 37,056
2	890202	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	$ 40,667	$ 38,000	$ 32,500	$ 37,056
3	306001	NASOFIBROLARINGOSCOPIA	$ 155,553	$ 160,140	$ 105,000	$ 140,231
4	221401	NASOSINUSCOPIA	$ 152,407	$ 160,140	$ 105,000	$ 139,182
5	210001	CONTROL DE EPISTAXIS POR ABLACIÓN VIA TRANSNASAL	$ 48,264	$ 43,060	$ 30,000	$ 40,441
6	219501	SEPTOPLASTIA PRIMARIA TRANSNASAL	$ 263,700	$ 266,900	$ 266,900	$ 265,833
7	219302	TURBINOPLASTIA VIA TRANSNASAL	$ 146,850	$ 100,088	$ 136,208	$ 127,715
8	282101	AMIGDALECTOMIA VIA ABIERTA	$ 184,257	$ 218,830	$ 222,472	$ 208,520

9	286102	ADENOIDECTOMIA VIA ABIERTA	$ 108,088	$ 136,208	$ 136,208	$ 126,835
10	180100	DRENAJE DE COLECCIÓN DE PABELLÓN AURICULAR	$ 50,737	$ 58,718	$ 51,940	$ 53,798
11	261200	BIOPSIA ABIERTA DE GLANDULA O CONDUCTO SALIVAL	$ 150,768	$ 120,105	$ 0	$ 90,291
12	981101	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO (CADA LADO)	$ 81,413	$ 133,450	$ 90,805	$ 101,889

NOTA: Para efectos de presentación y análisis, las cifras se expresan en valores enteros. No se incluyen centavos y se aplica el sistema de redondeo al número entero más cercano.

El análisis permite concluir que los valores promedio definidos para la Vigencia 2026 son económicamente razonables, representativos del mercado y sustentados en información actual, histórica y contractual, garantizando condiciones de eficiencia, comparabilidad y adecuada estimación de costos para la contratación de los servicios de la especialidad de otorrinolaringología.

Teniendo en cuenta la proyección realizada a partir de las cotizaciones obtenidas de los diferentes prestadores de servicios por evento, y en observancia de los principios de planeación, economía, eficiencia y responsabilidad que rigen la contratación estatal, el Comité Estructurador, en conjunto con los prestadores de servicios consultados, acepta las tarifas relacionadas con el esquema de pagos del presente proceso.

La proyección económica definida en el estudio de mercado se construyó con base en el análisis comparativo de las cotizaciones recibidas, las cuales permitieron establecer un valor promedio de referencia para cada uno de los servicios requeridos. Dicho valor promedio no constituye una tarifa fija o inmodificable, sino un estimado técnico que refleja las condiciones generales del mercado y que permite optimizar el uso de los recursos públicos. En este sentido, y como resultado del análisis técnico y financiero realizado, se concluye que los valores proyectados permiten una reducción general y promedio a los servicios ofertados en comparación con la vigencia inmediatamente anterior del (4.5%), sin que ello implique afectación a la calidad del servicio, al cumplimiento de las obligaciones contractuales, ni a la adecuada ejecución del objeto contractual. Por lo que, la oferta de los valores se considera razonable, viable y acorde con las capacidades operativas de los prestadores de servicios, contribuyendo a la correcta ejecución del presupuesto público y a la optimización de los recursos asignados. Además, es de resaltar que la variación porcentual en los servicios corresponde al estudio de mercado realizado para la Vigencia 2026 y que, en relación con la misma, se garantiza la objetividad para determinar los valores a pagar en el presento proceso.

AREA A LABORAR	CONSULTA EXTERNA DMBOG
GERENTE DEL PROYECTO:	CF CAMARGO ABRIL JULIÁN ALBERTO
SUPERVISOR CONTRATO:	CF RICO GALVIS LUZ ESTELLA

3. PERFIL SOLICITADO:		
EDUCACIÓN FORMAL		
Bachiller:	**Académico** [X] **Comercial** [ ] **Técnico** [ ]	
Técnico o Tecnológico:		
Profesional:	MÉDICO	
Especialización o maestría:	OTORRINOLARINGOLOGA	
Idiomas:	ESPAÑOL, INGLES	
FORMACIÓN ADICIONAL(Conocimiento adquiridos necesarios para cumplir el objeto del contrato)	**EXPERIENCIA**	
	Inferior a 1 año AREA:	1 – 2 años AREA:

Especialista en Otorrinolaringología.	3 – 5 años AREA: DOS (2) AÑOS DE EXPERIENCIA CERTIFICADA	>5 años AREA:

MOTIVO DE LA VACANTE (Marque "X" según corresponda)			
CESION DEL CONTRATO		NECESIDAD POR DEMANDA	X

4.AUTORIZACIONES (FIRMAS) (DILIGENCIADO POR EL SOLICITANTE)

TIEMPO AUTORIZADO PARA LA DURACIÓN DE LA CONTRATACIÓN SEGÚN PRESUPUESTO EN MESES : 4

HORAS CONTRATADAS: N/A	VALOR HORA: PAGO X EVENTO	POR ACTIVIDAD: (x)

FECHA INICIO CONTRATO			FECHA FINALIZACION CONTRATO		
DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA
01	09	2026	31	12	2026

OBSERVACIONES	No CDP Y FECHA: 16826 DE FECHA 22 DE JULIO DE 2026
NINGUNA	Capitán de Fragata CAMARGO ABRIL JULIÁN ALBERTO – SUBDIRECTOR ASISTENCIAL DMBOG FIRMA Y POSTFIRMA

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
Ceron	Perdomo	Daniela

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1018472240	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 23 MES 11 AÑO 1994

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CAUCA

MUNICIPIO POPAYÁN

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 70A 5 80

PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

TELÉFONO 3174321593 EMAIL daniceronpe@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	05	AÑO	2011
										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	
POSTGRADO	8	X		ESPECIALIZACION EN OTORRINOLARINGOLOGIA	01	2025	
POSTGRADO	12	X		MEDICINA	12	2018	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION NEUMOLOGICA COLOMBIANA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	04	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESP OTORRINOLARINGOLOGIA	*DEPENDENCIA* OTORRINILARINGOLOGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 13B 161 null						

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	3
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, 20 de julio de 2026

Daniela Cerón P.

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.

Bogota 28/07/2026

Ciudad y fecha

PAT: 51 Ardila Alvarez Alexis

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Fundación Neumológica COLOMBIANA
NIT. 800.180.553-4

Bogotá, D.C. 13 de enero de 2026

CERTIFICACIÓN

Por medio de la presente nos permitimos certificar que el señor(a) **DANIELA CERON PERDOMO,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía N°**1,018,472,240,** estuvo vinculado(a) en la **FUNDACIÓN NEUMOLÓGICA COLOMBIANA NIT 800.180.553-4** de acuerdo con los siguientes datos:

CARGO	**Médico Otorrinolaringologo(a)**
FECHA DE INGRESO	**2 de abril de 2025**
FECHA DE RETIRO	**2 de enero de 2026**
TIPO DE CONTRATO	**Termino Fijo < 1 año**

Para validación del presente certificado por favor comunicarse a la Ext. 5403 o 5402.

Atentamente,

Daniela Cerón P.

CAROLINA CUBILLOS OSPINA
JEFE DE GESTION HUMANA
FUNDACIÓN NEUMOLÓGICA COLOMBIANA

Clínica Colsanitas

A QUIEN PUEDA INTERESAR

DESARROLLO HUMANO

HACE CONSTAR

Que **DANIELA CERON PERDOMO**, identificado(a) con documento nacional identidad No.1018472240, laboró para **CLINICA COLSANITAS S.A.** con Nit No.800149384-6, desde el 08 de julio de 2025, hasta el 25 de octubre de 2025, desempeñando el cargo de **MEDICO ESPECIALISTA OTORRINOLARINGOLOGO**.

La presente se expide a solicitud del interesado(a), en Bogotá D.C., 20 de Julio de 2026.

MARIA DEL CARMEN JIMÉNEZ RODRIGUEZ
Vicepresidente Desarrollo Humano Keralty

Esta certificación es válida solo por 30 días a partir de su expedición, la verificación de estos datos, puede ser realizada en los teléfonos: Bogotá (1) 6466060 Ext.5700900;Cali (2) 6607000 Ext. 5723052 o 5723088; Barranquilla (4)3360650 Ext. 5751114 o 5751107; Medellín (5) 4449544 Ext. 5740022 o 5740070; Bucaramanga (7) 6851051 Ext. 5770007 o 57700012.

Clínica Colsanitas

A QUIEN PUEDA INTERESAR

DESARROLLO HUMANO

HACE CONSTAR

Que **DANIELA CERON PERDOMO**, identificado con documento nacional identidad No.1018472240, labora en **CLINICA COLSANITAS S.A.** con Nit 800149384-6, desde el 14 de noviembre de 2025, con un contrato a **TERMINO INDEFINIDO** desempeñando el cargo de MEDICO ESPECIALISTA OTORRINOLARINGOLOGO.

La presente se expide a solicitud del interesado, en Bogotá D.C., 20 de Julio de 2026.

MARIA DEL CARMEN JIMÉNEZ RODRIGUEZ
Vicepresidente Desarrollo Humano Keralty

Esta certificación es válida solo por 30 días a partir de su expedición, la verificación de estos datos, puede ser realizada en los teléfonos: Bogotá (1) 6466060 Ext.5700900;Cali (2) 6607000 Ext. 5723052 o 5723088; Barranquilla (4)3360650 Ext. 5751114 o 5751107; Medellín (5) 4449544 Ext. 5740022 o 5740070; Bucaramanga (7) 6851051 Ext. 5770007 o 57700012.

Clínica Colsanitas

A QUIEN PUEDA INTERESAR

DESARROLLO HUMANO

HACE CONSTAR

Que DANIELA CERON PERDOMO, identificado con documento de identidad identificado con No.1018427240, labora en CLINICA COLSANITAS S.A. desde el 14 de noviembre de 2025, con un contrato a TERMINO INDEFINIDO desempeñando el cargo de MEDICO ESPECIALISTA OTORRINOLARINGOLOGO

La presente se expide a solicitud del interesado, en Bogotá D.C., 20 de enero de 2026.

MARIA DEL CARMEN JIMENEZ RODRIGUEZ
Vicepresidencia Desarrollo Humano Keralty

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	2026-07-24 18:36

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DANIELA		CERON	PERDOMO

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1018472240

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	

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	$4.330.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$6.255.000,00
Honorarios	$54.170.000,00
Otros ingresos y rentas	$16.900.000,00
TOTAL	$81.655.000,00

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	$26.421.905,00

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:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.018.472.240

CERON PERDOMO

APELLIDOS

DANIELA

NOMBRES

Daniela Cerón P

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-NOV-1994

POPAYAN
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-NOV-2012 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00427766-F-1018472240-20130309 0032517600A 1 39091857

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:33:52 PM horas del 20/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1018472240**

Apellidos y Nombres: **CERON PERDOMO DANIELA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

nplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucion
a "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aqu
las que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinció
dena o la prescripción de la pena.

onsulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el document
ad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenam
ucional.

e alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la Pc
nal más cercanas.

Volver al Inicio

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 12:40:05 horas del 20/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1018472240,**
Apellidos y Nombres **CERON PERDOMO DANIELA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **.**, con NIT **123456789-0** 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.

Imprimir

Policía Nacional de Colombia

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

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, 20/07/2026 12:43:29 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1018472240 DANIELA CERON PERDOMO.**

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. **144160469** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

515 9000

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112

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 lunes 20 de julio de 2026, a las 12:49:32, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1018472240
Código de Verificación	101847224026072012493 2

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. 299700354

PIB
12:46:13

Bogotá DC, 20 de julio 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) DANIELA CERON PERDOMO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1018472240:

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.

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 1018472240 **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 20/07/2026 01:02 PM

Código Verificación: **3EUGT5HFLW**

Válida hasta: **18/10/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

La República de Colombia

y en su nombre el

Colegio Los Andes

Popayán - Cauca

Reconocido oficialmente por el Ministerio de Educación Nacional según Licencia de Funcionamiento indefinida No. 0608 del 9 de junio de 2005 para Preescolar, Básica y Media,

Confiere a

Daniela Cerón Perdomo

Identificado(a) con T.I. No. 94112307910 Expedida en Popayán

El Título de

Bachiller Académico

Con énfasis en Ciencias Naturales

(Física, Química y Biología)

Por haber culminado el nivel de Educación Media Académica 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.

COLEGIO LOS ANDES

CLA

POPAYAN (C).

Mag. Clara Nydia Ruiz Gómez
C.C. 31.142.607 de Palmira
Directora

Olga Ma. Herrera de Arboleda
C.C. 34.523.736 de Popayán
Secretaria

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. 7 Diploma No. 03

Scanned with CamScanner

COLEGIO LOS ANDES
POPAYAN - CAUCA

DANE 319001001180
Inscripción
Jornada DIURNA

Acta de Grado

En la ciudad de Popayán a los 24 días del mes de junio del año 2011 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 LOS ANDES**, Institución Aprobada hasta Undécimo Grado en el nivel de Educación Media **ACADÉMICA** y Reconocida por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad **ACADÉMICA**, según Licencia de Funcionamiento indefinida No. 0608 del 9 de junio de 2005 para Preescolar, Básica y Media.

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

BACHILLER ACADÉMICO
CON ÉNFASIS EN CIENCIAS NATURALES (Física, Química, Biología)

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

DANIELA CERÓN PERDOMO
T.I. 941123-07910 DE POPAYÁN

Es fiel copia tomada del Acta General de Graduación No. 17 de fecha junio 24 de 2011, que consta de 22 estudiantes y que inicia con el nombre de ARBOLEDA RUIZ DANIEL y cierra con el nombre de USECHE PARRA JUAN SEBASTIAN.

Firmada y sellada por MAGISTER CLARA NYDIA RUIZ GÓMEZ (Rectora) y OLGA MARÍA HERRERA DE ARBOLEDA (Secretaria).

Dada en Popayán, el 24 de junio del año 2011.

Firmado y sellado

COLEGIO LOS ANDES
RECTORIA
Popayán - Cauca

Rectora,
Clara Nydia Ruiz Gómez
C.C. No. 31.142.607 de Palmira

COLEGIO LOS ANDES
SECRETARIA

Secretaria,
Olga Maria Herrera de Arboleda
C.C. No. 34.523.736 de Popayán

Scanned with CamScanner

LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

PERSONERÍA JURÍDICA: RES. 73-12 DE DICIEMBRE DE 1.933 – MINGOBIERNO

EN ATENCIÓN A QUE

DANIELA CERON PERDOMO

CC 1018472240

HA CURSADO TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA UNIVERSIDAD Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PARA UN GRADO UNIVERSITARIO EN LA FACULTAD DE

MEDICINA

LE OTORGA
EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
EL TÍTULO DE

MÉDICA Y CIRUJANA

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y SELLAMOS ESTE DIPLOMA
NOSOTROS, EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD, EL SECRETARIO GENERAL Y EL DECANO DE FACULTAD

EXPEDIDO EN BOGOTÁ A LOS 25 DÍAS DEL MES DE ENERO DEL AÑO 2019

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA · 1623 · COLOMBIA

No 180121

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

DECANO DE FACULTAD

Pontificia Universidad JAVERIANA
Secretaría General

Este Diploma está registrado en el Acta de Grado N°. 201901250310
Bogotá, 25 de Enero de 2019

Secr. Gen. P.U.J

Firmado digital y electrónicamente. Según lo dispuesto en la ley colombiana, para su verificación consulte la página web de la Universidad, en Todos Los Servicios, Verificación de Certificados Digitales, código: M696737615955

EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL CERTIFICA PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES Y ACADÉMICOS EN EL EXTERIOR QUE LA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR [illegible] DOCUMENTO ESTA DEBIDAMENTE RECONOCIDA Y AUTORIZADA POR EL GOBIERNO NACIONAL

Atención al Ciudadano
NO SE ASUME LA RESPONSABILIDAD DEL TEXTO DEL DOCUMENTO

2019 FEB 11 AM 11:32

FIRMA AUTORIZADA

Milena Olaya Suarez
Auxiliar Administrativo

Unisanitas

La Fundación Universitaria Sanitas, con personería jurídica reconocida mediante Resolución No. 3015 del 23 de diciembre de 2002

Considerando que

Daniela Cerón Perdomo

Identificada con C.C. Nº 1018472240 de Bogotá D.C.

Cumplió los requisitos académicos exigidos para optar al grado de especialista, le confiere el título de

ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

En testimonio de ello se firma y refrenda con los respectivos sellos el presente Diploma en Bogotá D.C., a los trece (13) días del mes de marzo del año dos mil veinticinco (2025).

Mario Arturo Isaza Ruget
Rector

Joanna Alexandra Acevedo Terán
Vicerrectora

Johns Steve Navarro Lara
Secretario General

Anotado al Folio Nº 1259 Libro de registro Nº EP12 - 25-10565-1259

Scanned with

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA · Salud · COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

DANIELA CERÓN PERDOMO
CC 1018472240



MÉDICO
Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, D.C.

GRADO: 25/01/2019
ReTHUS: 17/03/2020

ESPECIALISTA EN
OTORRINOLARINGOLOGIA

Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la Ley 1164 del 2007, y el Decreto 4192 del 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Médico Colombiano, ubicada en la Carrera 7 # 69-17 (Bogotá D.C., Colombia). pars@colegiomedicocolombiano.org

Stevenson Marulanda Plata
Representante Legal Colegio Médico Colombiano

QR DIGITAL

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *	Primer Nombre	Primer Apellido
Cedula de Ciudadania	1018472240	daniela	ceron

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

7822

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-07-24→11:16:09 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1018472240	DANIELA		CERON	PERDOMO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) DANIELA CERON PERDOMO identificado(a) con CC 1018472240 registra La siguiente información:

2026-07-24→11:16:09 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN OTORRINOLARINGOLOGIA	2025-03-13	137416	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Local	MEDICINA	2020-03-17	64655	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA|BOGOTÁ, D.C.|BOGOTÁ, D.C.	2019-02-18	2020-02-17	Programa de Investigación en Salud	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO

Resolución No. 004499 del 18 de Julio 2019 expedida por la Secretaría de Educación de Cundinamarca
Acuerdo ejecutivo No. 0231 del 18 de Junio de 2018 y Acuerdo No. 070 del 17 de Mayo de 2019 del Ministerio de la Protección Social

Certifica que:

CERON PERDOMO DANIELA

Identificado(a) con D.I. No. 1.018.472.240

Asistió al curso de:

ATENCIÓN A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Dado en Bogotá D.C el día 02 de Marzo del 2025, con una duración de 40 horas

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
Dirección General
Nit.: 900.790.014-6

Dra.: Martha Viviana Peraza Castillo
Directora General
R.M. 118653

Dr. Victor Manuel Peraza Castillo
Abogado Instructor
T.P. 18553 del C.S.J

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
Coordinación General

Ing.: Leidy Andrea Cañon
Coordinadora Academica
Cnd.: 25228-352692

Valido por 2 años, a partir de la fecha de expedición

BASIC LIFE SUPPORT

BLS Provider

American Heart Association.

DANIELA CERON PERDOMO

has successfully completed the cognitive and skills evaluations in accordance with the curriculum of the American Heart Association Basic Life Support (CPR and AED) Program.

Issue Date

12 Apr 2025

Training Center Name

Colegio Mayor de Nuestra Senora del Rosario

Training Center ID

ZL20821

Training Center City, Country

Bogota D.C, Colombia

Training Site Name

Renew By

Apr 2027

Instructor Name

Sebastian Andrade

Instructor ID

25036163866

eCard Code

255609745700

QR Code

To view or verify authenticity, students and employers should scan this QR code with their mobile device or go to https://ecards.heart.org/international.

© 2020 American Heart Association. All rights reserved. 20-2800 11/20

BASIC LIFE SUPPORT

BLS Provider

DANIELA CERON PERDOMO

has successfully completed the cognitive and skills evaluations in accordance with the curriculum of the American Heart Association Basic Life Support (CPR and AED) Program

Issue Date

Training Center Name

Training Center ID

Training Center City, Country

Training Site Name

ALIANSALUD

830.113.831-0

CERTIFICA

ANTIGUEDAD Y SEMANAS COTIZADAS POS

Que el (la) Señor(a) DANIELA CERON PERDOMO identificado con CC No. 1018472240 se encuentra en la actualidad en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) con el contrato No 1018472240, con vigencia desde 5/18/2020 hasta 12/31/2050.La información de los beneficiarios pertenecientes a este contrato es la siguiente:

N.B	IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEMANAS COTIZADAS	FECHA AFILIACION	ESTADO	FECHA VENCIMIENTO	COTIZA
1	1018472240	DANIELA CERON PERDOMO	31	314	18/05/2020	Vigente		Si

Se expide en Bogotá a los 20 días del mes de Julio del 2026

FIRMA AUTORIZADA

OFICINA VIRTUAL SERVICIO AL CLIENTE (DIRECCION GENERAL)

Esta certificación no es válida para traslados entre EPS, ni para definir la multiafiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DANIELA CERON PERDOMO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1018472240,** se encuentra afiliado/a desde **28/02/2019** 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 20 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.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110018241481

Fecha de generación del carné: lunes, 27 de julio de 2026 08:37 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1018472240
Nombres y Apellidos	DANIELA CERON PERDOMO
Fecha de nacimiento:	23/11/1994

DPT Acelular	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	07/01/2014	Engerix B Adultos	E35B1001 - CAUCA	
	Segunda dosis	07/02/2014	Engerix B Adultos	UFX13004	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO
	Tercera dosis	27/05/2014	Recombax B	UFX13004	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO
Hepatitis B segundo esquema	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única	21/07/2026	INFLUVAC	N08	CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo Conjugado	Única	22/01/2026	VAXNEUVANCE	Y018632	CENTRO MEDICO COLMEDICA SEDE CHAPINERO
Sarampión y Rubéola	Primera dosis				
	Adicional				
Td	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110018241481

Fecha de generación del carné: lunes, 27 de julio de 2026 08:37 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1018472240
Nombres y Apellidos	DANIELA CERON PERDOMO
Fecha de nacimiento:	23/11/1994

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primer refuerzo				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
BCG	Única				
COVID - 19	Primera dosis	01/04/2021	Pfizer	ER1742	CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA
	Segunda dosis	21/04/2021	Pfizer	ER9449	CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA
DPT	Única	22/01/2026	Adacell	3CA41C4	CENTRO MEDICO COLMEDICA SEDE CHAPINERO
DPT Acelular	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110018241481

Fecha de generación del carné: lunes, 27 de julio de 2026 08:37 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1018472240
Nombres y Apellidos	DANIELA CERON PERDOMO
Fecha de nacimiento:	23/11/1994

Td	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis	19/06/2018	Priorix	A69CE718A	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Nona Valente	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Única				
VPH Tetravalente	Única				

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110018241481

Fecha de generación del carné: lunes, 27 de julio de 2026 08:37 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1018472240
Nombres y Apellidos	DANIELA CERON PERDOMO
Fecha de nacimiento:	23/11/1994

VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Única				

DIGSA	PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
	Formato	requisitos de vacunación personal con actividades netamente asistenciales DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-116
	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 ni 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: DANIELA		Nombres: CERON PERDOMO	
N° de Documento: 1.018.472.240		Edad: 31 AÑOS	
Genero:	Mujer: X	Hombre:	
Profesión u ocupación: MEDICO OTORRINOLARINGOLOGA		Número de contacto:	
Correo electrónico: daniceronpe@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: MEDICO OTORRINOLARINGOLOGA 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 NETAMENTE ASISTENCIALES

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	FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE
Hepatitis A	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	SI	23/06/2017
Hepatitis B	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	SI	7/01/2014
			2da	SI	7/02/2014
			3ra	SI	27/05/2014
			1 Refuerzo cada 15 años al terminar esquema		
Toxoide Tetánico y Diftérico	Mujer	Este esquema de vacunación se requiere hasta los 49 años de edad.	1ra	SI	26/06/2012
			2da	SI	1/08/2012
			3ra	SI	23/06/2017
			4ta	SI	22/01/2027
			5ta		
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		
	Hombre		1ra		
			2da		
			3ra		
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		
Influenza Estacional	Hombre/Mujer	Si la contratación se realiza antes del mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior. Si la contratación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente La única justificación para la NO aplicación es la no disponibilidad en el país.	1ra	SI	21/07/2026
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	5/11/2013
Varicela	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años sin antecedente de vacunación o de haber tenido la enfermedad, y sin antecedentes de enfermedades que afecten el sistema inmunológico.	1ra	SI	26/06/2012
Triple Viral (TV) (sarampión, rubeola y parotiditis)	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años, para todo el país y sin antecedente de enfermedades que afecten el sistema inmunológico. No es válida la bivalente (sarampión y rubeola)	TV (SRP) 1 dosis con cepa Jeryl Lynn adultos.	SI	26/06/2012
DPTA - Difteria - Tétano - Tosferina a celular	Hombre/Mujer	** si certifica esta vacuna, se puede homologar por una (1) sola dosis de Td - Toxoide Tetánico y Diftérico, pero no lo contrario.	1ra	SI	22/01/2026
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		
Neumococo	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra		
		Se deberá solicitar al personal que fue vacunado con vacuna polisacárido	1 Refuerzo cada 5 años al terminar esquema	SI	22/01/2026

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES NETAMENTE ASISTENCIALES

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 diligencia 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 Secretaria 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.

NOTA: Es importante informar al aspirante que si dentro de su esquema no cuenta con dos o tres vacunas de este grupo: Fiebre Amarilla, Varicela y/o Triple Viral, estas deben ser administradas simultáneamente, lo anterior teniendo en cuenta que si no se sigue esta recomendación se interfiere en su respuesta inmunitaria.

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

Daniela Ceron.

Firma del aspirante

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 9c2ab5f1-28bf-4bb2-ade6-ca2e1d6464b7

Nombres y apellidos / Full name	Tipo de identificación / ID Type
DANIELA CERON PERDOMO	CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number	Fecha de nacimiento / Date of birth	País nacimiento / Country of birth
1 0 1 8 4 7 2 2 4 0	23/11/1994	COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number	Correo electrónico / e-mail
3127432159	DANICERONPE@GMAIL.COM

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
Vaccine	Doses	Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
Triple viral	Primera dosis	19	06	2018	Priorix	A69CE718A	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO	
COVID PFIZER	Primera	01	04	2021	PFIZER	ER1742	CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA	NIDIA ESPERANZA TOLOSA PORRAS
COVID PFIZER	Segunda	22	04	2021	PFIZER	ER9449	CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA	SANDRA RODRIGUEZ
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	24	11	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	017J21A	CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA	DIANA MARCELA BERMEO PEÑA
COVID PFIZER	Segundo Refuerzo	26	08	2022	PFIZER	PCA0075	EPS SANITAS CENTRO MEDICO CLL 13 LOCAL 17	JENNY PATRICIA PUENTES PALACIO

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraidos 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 informatión 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	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	1 ABRIL 2021	PFIZER.	ER1742 06.21	C.U.C.	Nidia Lolosa P. Enfermera Jefe U. Javeriana RUN 17117	
	2	ABRIL 21/2021 8:50	PFIZER	ER 9449 FJ.07/2021	CUC	Sandra M. Rodriguez C Enfermera - Javeriana C.C. 52.106.339 RUN 00083	
		NOV 24 2021.	Moderna	017J21A 19-04-22	CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA CONSULTA EXTERNA VACUNACIÓN	Diana Marcela Bermeo C.C. 1.033.727.298 Auxiliar Enfermería	

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
4 y 9 COVID-19	1	26 Agosto 2022	Pfizer	PCA0074	Eps Sanitas	Natalia Marroquin	1019127446
	2						

Powered by CamScanner

REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL
HEALTH REGULATIONS
SANITAIRE INTERNATIONAL

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

985

Organización Mundial de la Salud
World Health Organization
Organisation mondiale de la Santé

Certificado Internacional de Vacunación ofilaxis
International Certificate of Vaccination or Prophylaxis
Certificat international de vaccination ou de prophylaxie
Regulaciones Internacionales de Salud 2005

Expedido a ***Issued to*** **·** ***Délivré à***

Daniela Cerón

Número del pasaporte o del documento de identificación
Passport number or travel document number
Numéro du passeport ou du document de voyage

1018472240

Scanned with CamScanner

OTRAS VACUNACIONES

OTHER VACCINATIONS / AUTRES VACCINATIONS

Nombre de la enfermedad	Fecha	Fecha de la próxima dosis (fecha):	Fabricante y número del lote de la vacuna	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación
Disease targeted	*Date*	*Next booster (date):*	*Manufacturer, brand name and batch no. of vaccine*	*Signature and professional status of supervising clinician*
Maladie visée	*Date*	*Prochain rappel (date):*	*Fabricant du vaccin, marque et numéro du lot*	*Signature et titre du clinicien responsable*
Hepatitis B	07/01 2014		Biotoscana E3501001	Nom Matta
TETANO	26 JUNIO 2016		Finlay 70061	Nom Matta
Tetano. Dift.	1 Ago/12. 024L9011C.		Sorum 024L9011C	Husi
TETANO	23 JUNIO 2017		Finlay 6017	Nom Matta
INFLUENZA	23 JUNIO 17		Biotoscana 160721	Nom Matta
Influenza.	19 Junio 2018.		GCflu. V3021800 31-01-18	Husi
Hepatitis A	23 JUNIO 2017		Glaxo AHAVB88AE	Nom Matta
MENACTRA	23 JUNIO 2017		Sanofi Pauster U53A3A6	Nom Matta
VARICELA	26 JUNIO 2012		Biotoscana A70CB99A	Nom Matta
Varicela.	31 Julio/12.		A70C106YA.	Husi
TRIPLE VIRAL	26 JUNIO 2012		Glaxo A69CC672A	Nom Matta
Hepatitis B.	7 feb./14.		Sanofi. UFX 1300Y.	Husi
Hepatitis B.	27 Mayo/14.		Sanofi. UFX 1300Y. 5/16.	Husi

VACUNACION

VACUNACION

VACUNACION

Scanned with CamScanner

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE LA VACUNACIÓN O DE LA PROFILAXIS
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE

/ INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS /

Certifica que: Daniela Ceron Perdomo

This is to certify that [name] / Nous certifions que [nom]

Fecha de Nacimiento 23/11/94 **Sexo** F **Nacionalidad** Colombia

date of birth/ né(e) le *Sex/ de sexe* *nationality/et de nationalité*

Documento nacional de identificación 1018472240

national identification document/ document d'identification national

Cuya firma aparece a continuación:

whose signature follows /dont la signature suit

En la fecha indicada ha sido vacunado o recibido profilaxis contra

has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:

a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre:

Amarilla

de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional
in accordance with the International Health Regulations
Conformément au Règlement sanitaire international

Vacuna o profilaxis / *Vaccine or prophylaxis* / *Vaccin ou agent prophylactique*	Fecha / *Date* / *Date*	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación / *Signature and professional status of supervising clinician* / *Signature et titre du clinicien responsable*	Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis / *Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis* / *Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot*	Certificado válido: Desde / *From* / *à partir du :*	Certificado válido: Hasta / *Until* / *jusqu'au :*
Amarilla	05/11/2013	Secretaria Distrital de Salud Hospital Fontibón E.S.E. Salud Pública Transcaron Fecha 3/12/13 Firma	J5226-2		

Scanned with CamScanner

Certificado de Vacunación

CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA
CONSULTA EXTERNA

Institución: VACUNACIÓN

Nombre: Daniela Ceron perdomo

Identificación: 1018472240 Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Influenza		21 JUL 2026		NOS DAMOS.

Scanned with CamScanner

Cortesía de Sanofi Pasteur

Certificado

Asociación Argentina de Compresores y Equipos Neumáticos

Certificamos que

Ing. Pablo Daniel Pascarelli

ha participado en el

Curso Básico de Compresores

dictado en la ciudad de Buenos Aires

los días 17 y 18 de Octubre de 2007

con una carga horaria de 16 horas

Director

Coordinador

PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629
Carrera 60 # 17 - 35/37 Zona Industrial Puente Aranda
Tel. 310 855 15 76 / 315 426 05 53
gerente@protegerips.com

OPTOMETRIA

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE

FOTO



Nombre: CERON PERDOMO DANIELA		Identificación: 1018472240	
Género: FEMENINO	RH: O+	Fecha de Nacimiento: 23 de Noviembre de 1994	Edad: 31
Tipo Examen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	EVALUACION MEDICA PRE-INGRESO	Orden: 212082	Fecha: 2026-07-27
EPS: ALIANSALUD EPS	ARL: POSITIVA	AFP: Colpensiones	

EMPRESA

NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: -

ENTIDAD EN MISION

NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: -

EXPOSICIÓN A RIESGOS OCUPACIONALES OCULARES EN EMPRESA ACTUAL Y/O ANTERIORES

Tipo de Riesgo		T. Exposición		Uso Protección	Protección Visual
		Acumulada	Diaria		
Químicos (humos,gases, vapores, polvos)	No	-	-	No	-
Radiación Ultravioleta o Infrarroja (soldadura, hornos)	No	-	-	No	-
Mecánico (Proyección de Partículas)	No	-	-	No	-
Iluminación Inadecuada	No	-	-	No	-
Uso de Video Terminales	Si	-	4	Si	LENTE AR

Observaciones: NIEGA

ANTECEDENTES PERSONALES

Generales		Oculares	
Hipertensión Arterial	No	Cirugía Ocular	No
Diabetes	No	Queratocono	No
Hipoglicemia	No	Glaucoma	No
Toxoplasmosis	No	Catarata	No
Cefalea	No	Retinopatía	No
Trauma craneoencefálico	No	Desprendimiento de Retina	No
Otros Antecedentes	No	Ambliopía	No
Cuales: NIEGA		Estrabismo	No

Problemas de Refracción: Si	Cuales?: MIOPIA/ASTIGMATISMO	Tiempo Evolución (años): 10	Corregido: Gafas
Frecuencia de Uso: PERMANENTE	Tiempo Transcurrido desde el ultimo examen visual: 6	Tiempo transcurrido desde el ultimo cambio de formula: 6	

SIGNOS Y SINTOMAS

Ardor Ocular	No	Cansancio Ocular	No	Cefalea	No
Disminución agudeza visual lejana	No	Disminución agudeza visual próxima	No	Dolor Ocular	No
Fotofobia	No	Irritación ocular	No	Lagrimeo	No
Miodesopsias	No	Prurito Ocular	No	Salto de Renglones	No
Secreciones	No	Visión doble	No		

Observaciones: NIEGA

EVALUACIÓN

	A. Agudeza Visual				B. Lensometría	
	Sin Correción		Con Correción		Sin Correción	Con Correción
	Visión Lejana	Visión Proxima	Visión Lejana	Visión Proxima		
Ojo Derecho	20/400	0.50M	20/20	0.50M	-3.50-0.50*0	-
Ojo Izquierdo	20/400	0.75M	20/20	0.50M	-3.75-1.00*0	-

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629
Carrera 60 # 17 - 35/37 Zona Industrial Puente Aranda
Tel. 310 855 15 76 / 315 426 05 53
gerente@protegerips.com

C. Examen Externo		D. Estado Motor		
Pinguecula	No	Cover Test Visión Lejada:	ORTOFORIA	
Resequedad Ocular	No	Cover Test Visión Próxima:	ORTOFORIA	
Inyección Conjuntival	No	Punto Próximo de Convergencia:	6CM	
Hiperemia Conjuntival	No	Retinoscopia Ojo Derecho:	SR NEUTRO	
Ptosis Palpebral	No	Retinoscopia Ojo Izquierdo:	SR NEUTRO	
Pterigio	No		Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Secreción Ocular	No	Estereopsis	Normal	Normal
Edemea Palpebral	No	Visión Cromatica	Normal	Normal
Blefaritis	No	Campo Visual	Normal	Normal
		Oftalmoscopia	Normal	Normal

E. Subjetivo

	Esfera	Cilindro	Eje	Agudeza V.	DP	DNP	ALT F	ALT V	Prisma
Ojo Derecho	-3.50	-0.50	0	20/20	-	-	-	-	-
Ojo Izquierdo	-3.75	-1.00	0	20/20	-	-	-	-	-
Adición de Lente	-	-	-	-	-	-	-	-	-

DIAGNOSTICO

Diagnostico		Interpretación	
Miopía	Ambos Ojos	Problema de Refraccion Adecuadamente Corregido	Ambos Ojos
Astigmatismo	Ambos Ojos		

Descripción Diagnostico	Origen	Tipo
MIOPIA	Comun	Impresión Diagnostica
ASTIGMATISMO	Comun	Impresión Diagnostica

RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES

CONTINUAR USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE, USO DE EPP VISUAL, CONTROL ANUAL

JHENY PATRICIA AYALA ZARATE
Optómetra especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Rg No.05.12.96
Licencia No. 14843 de 14/12/2016

Daniela Cerón P.

Atendido por: AYALA ZARATE JHENY PATRICIA
Reg.: 051296

Paciente: CERON PERDOMO DANIELA
Identificación: 1018472240

PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629
Carrera 60 # 17 - 35/37 Zona Industrial Puente Aranda
Tel. 310 855 15 76 / 315 426 05 53
gerente@protegerips.com

AUDIOMETRIA

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE

FOTO



Nombre: CERON PERDOMO DANIELA		Identificación: 1018472240	
Género: FEMENINO	RH: O+	Fecha de Nacimiento: 23 de Noviembre de 1994	Edad: 31
Tipo Examen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	EVALUACION MEDICA PRE-INGRESO	Orden: 212082	Fecha: 2026-07-27
EPS: ALIANSALUD EPS	ARL: POSITIVA	AFP: Colpensiones	

EMPRESA

NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: -

ENTIDAD EN MISION

NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: -

ANTECEDENTES AUDITIVOS PERSONALES

Otitis	No	Trauma	No
Cirugía	No	Ing. Ototóxicos	No
Hipocusua Subjetiva	No	Acúfenos	No
Otro	No		

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICIÓN A RUIDO

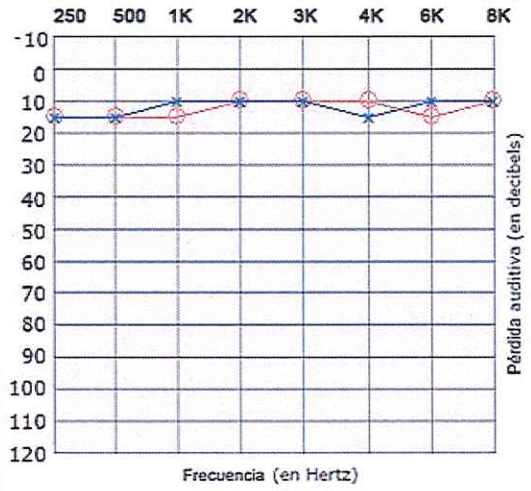
Tejo	No	Moto	No
Discoteca	No	Servicio militar	No
Poligono	No	Dispositivos de audio	No
Otro	No		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso Auditivo (horas): 12	Realizo Re-Test: No	Uso Cabina Sonoamortiguada: Si

EVALUACIÓN

Audiograma



Convenciones

	Oido Derecho		Oido Izquierdo	
	Color Rojo		Color Azul	
	Sin E	Con E	Sin E	Con E
Conducción Aérea	O	N/A	X	N/A
Conducción Ósea	<	N/A	>	N/A
Inaudible				

Sin E: Sin Enmascaramiento; Con E: Con Enmascaramiento

Otoscopia

Oido Derecho: NORMAL

Oido Izquierdo: NORMAL

CUAT	No	CUAP	No

Frecuencia en Hz	250	500	1K	2K	3K	4K	6K	8K
Oido Derecho Via Áerea	15	15	15	10	10	10	15	10
Oido Izquierdo Via Áerea	15	15	10	10	10	15	10	10
Oido Derecho Via Ósea	-	-	-	-	-	-	-	-
Oido Izquierdo Via Ósea	-	-	-	-	-	-	-	-

PTA Oido Izquierdo	12	PTA Oido Derecho	13

DIAGNOSTICO

Diagnostico		Severidad - CAOHC	
Audición Normal	Bilateral	Normal (0 - 25db)	Bilateral

Descripción Diagnostico	Origen	Tipo
EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	Comun	Impresión Diagnostica
RECOMENDACIONES		
OBSERVACIONES		
PTA DENTRO DE LOS PARAMETROS DE NORMALIDAD BILATERAL		
SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA NORMAL BILATERAL		
REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL		
CONTROL ANUAL		
USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN CASO DE EXPOSICIÓN A RUIDO DE ALTA INTENSIDAD		

Tania Forero.

TANIA VALERIA FORERO ROBAYO
FONOAUDIOLOGA
CC: 1003924694
TP.07558

Daniela Cerón P.

Atendido por: FORERO ROBAYO TANIA VALERIA
Reg.: 1003924694

Paciente: CERON PERDOMO DANIELA
Identificación: 1018472240

PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629
Carrera 60 # 17 - 35/37 Zona Industrial Puente Aranda
Tel. 310 855 15 76 / 315 426 05 53
gerente@protegerips.com

CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO Y LA EMPRESA

Tipo Examen: EVALUACION MEDICA PRE-INGRESO	# Orden: 212082	Fecha: 2026-07-27 12:58
Empresa: PARTICULARES	NIT: 01	Sector: -
Ent. Misión: PARTICULARES	NIT: 01	Ciudad: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: DANIELA	APELLIDOS: CERON PERDOMO	
IDENTIFICACIÓN: 1018472240	FECHA NAC: 23 de Noviembre de 1994	EDAD: 31
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A)	NIVEL EDUC: ESPECIALIZADO	CARGO: independiente
EPS: ALIANSALUD EPS	ARL: POSITIVA	AFP: Colpensiones

EXÁMENES REALIZADOS

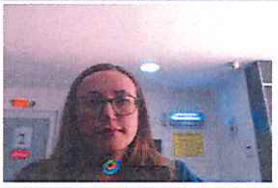
Anexo Osteomuscular - Audiometria - Examen Medico Ocupacional - Optometria

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN MEDICO OCUPACIONAL

RESULTADO: Sin Restricciones

VERIFICACIÓN

FOTOGRAFÍA



RECOMENDACIONES MÉDICO OCUPACIONALES

1. Continuar con estilos de vida saludables
2. Utilice la corrección óptica prescrita de manera permanente durante la labor para asegurar la nitidez visual requerida.

ANTONIO ISAAC RODRIGUEZ RODRIGUEZ
CC: 1034324530
Médico especialista en SST
Resolución No. 22847 de 12/03/2025



Daniela Cerón P.

Atendido por: RODRIGUEZ RODRIGUEZ ANTONIO ISAAC
Registro Médico: 1034324530
Licencia S.O.: 22847 DE 12/03/2025

Paciente: CERON PERDOMO DANIELA
Identificación: 1018472240

Documento autenticado digitalmente. Para validar este certificado, escanee el código QR o ingrese a: https://jarvis.protegerips.com/validar_certificado/1143802?token=e0cf30f3c91b268d9b1b22bca3882db8

Juan Carlos Antury
Enfermero Militar
C.C. 1.075.219.775
Lector SST [illegible]
18 [illegible]

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141047830513

(415)7707212489984(8020) 000014104783051 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 1 8 4 7 2 2 4 0	2	Impuestos y Aduanas de Popayán	1 7	

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 1 8 4 7 2 2 4 0	

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
CERON	PERDOMO	DANIELA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cauca 1 9	Popayán 0 0 1

41. Dirección principal
CR 6 41 N 135 AP 401 B

42. Correo electrónico daniceronp@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 6 2 1	2 0 2 4 0 1 0 2	6 8 1 0	2 0 2 0 0 1 0 1			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros	Exportadores				
54. Código	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
			57. Modo			
			58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024-06-20 / 04:27:46PM

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 CERON PERDOMO DANIELA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificación
Bancaria

Martes, 21 de julio de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que DANIELA CERON PERDOMO identificado(a) con CC 1018472240, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
CUENTA AHORROS	26172413535	2011-08-03	Activo	*****

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

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 Bogotá FECHA 24/07/26

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: Daniela Cerón Perdomo

Tipo documento de Identificación:			
Cédula de Ciudadanía:		No.	
Cédula de Extranjería:	X	No.	1018472240
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: Ninguno

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

VI. UBICACIÓN

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

Dirección	Calle 70A # 5- 80 apto 301	Teléfono	317 4321593
E-mail	daniceronpe@gmail.com	Fax	
País	Colombia	Región	Bogotá
Ciudad	Bogotá		
Localización	Nacional	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	Bancolombia	Número de Cuenta	261724135-35
Tipo de la cuenta bancaria	Corriente		Ahorro
			X

Daniela Cerón P.

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 DE CONFIDENCIALIDAD Y POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	
	Versión: 1.0	Fecha: 01/01/2013

YO Daniela Cerón Perdomo Identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1018472240** , 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,

Daniela Cerón P.

C.C. 1018472240

CONTRATISTA

|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, _____Daniela Cerón Perdomo_____ mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No ___1018472240_____,expedida en ___Bogotá___ 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 (24) 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.

Daniela Cerón P.

FIRMA

C.C. 1018472240

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

El(los) suscrito(s) a saber ___Daniela cerón Perdomo____, domiciliado en ____Bogotá_____, identificado(s) con CC. ____1018472240__ de ___Bogotá_____ 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) _____Médico Otorrinolaringólogo_____ _____, 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_____ a los ___24 días del mes de julio___

Daniela Cerón P.

C.C. 1018472240