	E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO	Código
		GFI-GDC-FO-0026
	FORMATO LISTA DOCUMENTACIÓN CONTRATACIÓN	Versión
		V1
	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Fecha
		sep-26

Para efecto, dentro de los criterios ténicos establecidos por la resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, en el manual de contratación de la E.S.E. Nuestra Señora del Carmen de El Colegio y la norma vigente.

Yo Gabriel Alejandro Acosta Hernandez, identificado (a) con documento de identidad número 52.179199 de PPT. Venezuela. / Colombia hago entrega de la siguiente documentación de manera física y medio magnético, la cual puede ser verificada cuantas veces sea necesario por el hospital o entes de control que asilo requieran.

Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro en curso de ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad establecida en la normatividad vigente.

Firma:_____

ITEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE			OBSERVACIONES
		SI	NO	N/A	
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO					
1	Propuesta economica u oferta comercial	✓			
	Copia documento de identidad al 150% (para extranjeros PPT o cédula de extranjería)	✓			
2	Hoja de vida-SIGEP formato unico de la Función Pública actualizada	✓			
3	Certificaciones laborales según perfil solicitado y lo registrado en hoja de vida.	✓			
4	Declaración de Bienes y Rentas y registro de Conflictos de intereses (Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019) SIGEPII	✓			
6	RUT Actualizado (Actividad económica CIIU de conformidad con el perfil solicitado)	✓			
7	Libreta Militar, certificado en el cual estipule tener definida la situación militar (hombres de menores de 50 años)			X	
8	Certificado de antecedentes Procuraduría (vigencia 3 meses)	✓			
9	Certificado de antecedentes Contraloría (vigencia 3 meses)	✓			
10	Certificado de antecedentes Policia Nacional (vigencia 3 meses)	✓			
11	Antecedentes Medidas Correctivas RNMC (vigencia 3 meses)	✓			
12	Antecedentes delitos sexuales (vigencia 3 meses)	✓			
13	Certificado REDAM -Registro de Deudores Alimentarios Morosos (vigencia 3 meses)	✓			
14	Certificado antecedentes Tribunal de Etica Médica (Profesionales de la Medicina)	✓			
15	Certificado Tribunal Nacional Etico de Enfermería - TNEE (Profesionales de la Enfermería)			✓	
16	Certificado de vigencia y antecedentes Disciplinarios COPNIA (Profesionales de ingenieria)			✓	
17	Certificado de antecedentes disciplinarios consejo superior de la judicatura y certificado de la vigencia de la tarjeta profesional (Profesionales en Derecho)			✓	
18	Certificado Digital Junta Central de Contadores (Profesionales en Contaduría Pública)			✓	
19	Certificado de aptitud laboral vigente (examen médico de ingreso menor a 3 años)				Vencido
20	Sarlaft- Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación al Terrorismo.	✓			
21	Certificado de afiliación EPS	✓			
22	Certificado de afiliación a FONDO DE PENSIONES	✓			
23	Certificado de Afiliación a ARL (Si tiene contrato con otra entidad informar si desea continuar con dicha ARL)	✓			
24	Certificación Bancaria no mayor a 30 días	✓			
25	***Carnet de Vacunas (Marco Normativo y ResponsabilidadesDecreto 1295 de 199:*** Hepatitis B: El personal expuesto (médicos, enfermeras, técnicos, odontólogos, estudiantes y personal de apoyo) debe mantener al día el siguiente esquema: 3 dosis iniciales, seguidas de verificación de anticuerpos (anti-HBs) según el caso. Hepatitis A (Si hay brote o casos) Todo personal asistencial, conductores, auxiliares de servicios generales. Vacuna toxoide tetánico. Todo personal asistencial incluyendo psicólogos, conductores y servicios generales. Vacuna de Fiebre amarilla. *Aplica para personal asistencial y de apoyo logístico en contacto directo con el paciente. Influenza: Refuerzo anual obligatorio antes o durante cada temporada de epidemia estacional. *Todo el personal Vacuna COVID19 * Todo el personal. Triple Viral (Sarampión, Rubéola y Paperas): Dos dosis documentadas o comprobación de IgG positiva; indispensable para evitar brotes intrahospitalarios. Todo personal asistencial, conductores, auxiliares de servicios generales. Varicela: Dos dosis si no se tiene antecedente claro de la enfermedad o titulación negativa	P.			
SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES					
26	Diploma y acta de grado de Bachiller (Según perfil y lo registrado en hoja de vida)	✓			
27	Diploma y acta de grado de Técnico (Según perfil y lo registrado en hoja de vida)			✓	
28	Diploma y acta de grado de Tecnólogo (Según perfil y lo registrado en hoja de vida)			✓	

66	Certificado de inscripción Invima				
67	Tarjeta Copnia (Registro profesional para Ingenieros y afines)				
68	Inscripción o acreditación por la ONAC				
JEFE DE ENFERMERÍA Y MÉDICOS PYP					
69	Curso de inserción Jadell (Vigencia no superior a 2 años)				
70	Curso Planificación familiar (Vigencia no superior a 2 años)				
71	Curso asesoría prueba VIH (Vigencia no superior a 2 años)				
72	Curso Toma de muestras de Cuello Uterino y Ginecológicas (Vigencia no superior a 2 años)				
ODONTOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS					
73	Carnet de Radioprotección expedida por una entidad universitaria (puede estar en el pensum académico) *Se expide una única vez en la vida.				
74	Curso de actualización en Radioprotección (2 años de vigencia, máximo 6 meses para vencerse)				
CONDUCTOR DE AMBULANCIA					
75	Fotocopia Licencia de Conducción C1 (Ambulancias)				
76	Curso de primeros auxilios o Primer Respondiente DEA				
77	Certificado del SIMIT (Evidencia de no comparendos)				
78	Curso COVE Conductores de vehiculo de emergencias				
VACUNACIÓN Y PUESTOS DE SALUD					
79	Certificado de administración de inmunobiológicos				
80	Curso manejo de vacunación COVID				
81	Formación en vacunación segura, cadena de frío, ESAVI				
MANTENIMIENTO					
82	Certificado trabajo en alturas Y Examen ocupacional de alturas (si se requiere)				
SERVICIOS GENERALES					
83	Examenes Frotis de garganta, uñas, cropologico con su respectivo certificado médico. (Menor a un año)				
84	Carnet de certificado de Manipulación de Alimentos (Menor a un año)				

ESPACIO PARA CONTRATACIÓN					
1	Formato de Estudios Previos (Contratación)				Solicitud de Adición
2	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (Presupuesto)				Acta de Adición
3	Certificado de Inexistencia de Personal (Subgerencia)				Solicitud de Prorroga

El colegio Octubre de 2026

Doctor (a):
DIANA YAMILE RAMOS CASTRO
Gerente
E.S.E hospital Nuestra Señora del Carmen de El colegio

Referencia: Propuesta para contrato de prestación de servicio.

Cordial saludo,

Yo, Gabriel Alejandro Acosta Hernández identificado (a) con numero de permiso por Protección temporal 5279199 con residencia en la dirección Cra 2C #3 correo electrónico acostagabriel727@gmail.com numero de celular 3124185720 comedidamente me permito ofrecer mis servicios como Medico General realizando las siguientes actividades:

Atención médica en Consulta externa

Las demás concertadas con la gerencia de la E.S.E Hospital Nuestra Señora del Carmen de El Colegio.

Valor de la propuesta: A convenir

Forma de pago: Mensualidad vencida.

La presente propuesta no genera vínculo laboral

Atentamente



Gabriel Acosta
PT 5279199

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 5279199

COL

ACOSTA HERNANDEZ
APELLIDOS

GABRIEL ALEJANDRO
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

24591248
DNI NRO.

13-04-1993
FECHA DE NACIMIENTO

24-05-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES



FIRMA

E2058007

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL5279199<<6<<<<<<<<<<<<<<<
9304136M3105308VENE2058007<<<8
ACOSTA<HERNANDEZ<<GABRIEL<ALEJ

CONTACTO: 3124185720

CORREO: acostagabriel727@gmail.com

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
ACOSTA	HERNANDEZ	GABRIEL ALEJANDRO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ○ C.E. ○ PAS ⊗ No. 90785319	F ○ M ⊗ NB ○	COL. ○ EXTRANJERO ⊗	VENEZUELA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 13 MES 04 AÑO 1993

PAÍS VENEZUELA

DEPTO

MUNICIPIO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 2C 3 20 Barrio Chapinero

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO EL COLEGIO

TELÉFONO 3124185720 EMAIL acostagabriel727@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	11	2016	

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 VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN - EL COLEGIO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	EL COLEGIO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	15	Mes	09	Año	2024	Día		Mes		Año	

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL	MEDICO GENERAL URGENCIAS Y HOS	CARRERA 8 6 22 EL COLEGIO CUNDINAMARCA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN - EL COLEGIO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	EL COLEGIO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
8475710	Día	01	Mes	01	Año	2025	Día	30	Mes	06	Año	2025

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
COORDINADOR MEDICO	COORDINADOR MEDICO	CARRERA 8 6 22

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN - EL COLEGIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* EL COLEGIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8475710	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2024	*Día*	14	*Mes*	09	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL	*DEPENDENCIA* MEDICO GENERAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 8 6 22					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN - EL COLEGIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* EL COLEGIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8475710	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	09	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL	*DEPENDENCIA* ASISTECIAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 8 6 22					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN - EL COLEGIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* EL COLEGIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8475710	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	06	*Año* 2022	*Día*	22	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL SSO	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL MEDICINA GENERAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 8 6 22					

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	3	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

_____ _____

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

LA SUSCRITA SUBGERENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO CUND.

CERTIFICA:

Que el Doctor **Gabriel Alejandro Acosta Hernández** , identificado con Permiso Especial de Protección No. 5.279.199, labora en esta Institución, desempeñándose en el cargo de Médico General desde el 23 Junio 2022, con Nombramiento a Término Fijo bajo resolución 078 del 23 Junio 2022 .

Que en contraprestación devenga un sueldo mensual de Tres millones setecientos ochenta y cinco mil ochocientos ochenta y dos MCTE. ($ 3,785,882.oo).

Se expide a solicitud del interesado, en El Colegio Cundinamarca a los Ocho (08) días del mes de Febrero del año Dos Mil Veintitrés (2023).

JHINA MILDREDH LOPEZ CASTRO

Subgerente

Tania Moreno
Talento Humano.

EL SUSCRITO SUBGERENTE DE LA ESE HOSPITAL "NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN" DE EL COLEGIO CUNDINAMARCA. NIT. 860.020.094-8

C E R T I F I C A:

Que el Doctor **GABRIEL ALEJANDRO ACOSTA HERNANDEZ** , identificado con Permiso de temporal protección No. 5.279.199, presta sus servicios en esta Institución, mediante Contrato de Prestación de Servicios celebrados de conformidad con el Estatuto de Contratación de la E.S.E. y normas concordantes; prestar los servicios de apoyo a la gestión en asistencia en salud - medicina general para la ejecución de las actividades requeridas por la E.S.E. Hospital Nuestra Señora Del Carmen De El Colegio.

O.P.S. N°	DURACIÓN	
	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
370-2023	09 Septiembre 2023	31 Diciembre 2023
078-2024	02 Enero 2024	30 Junio 2023
264-2024	01 Julio 2024	30 Noviembre 2024
416-2024	23 Septiembre 2024	30 Diciembre 2024

Realizando las siguientes actividades

1)Prestar servicios profesionales de salud en medicina general, en la ESE a todos los usuarios que requieran la prestación del servicio objeto del contrato, así como la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos de acuerdo con la infraestructura y capacidad tecnológica de la institución, Practicar exámenes médicos, formular diagnósticos y prescribir tratamientos siguiendo los derechos del paciente brindando la cobertura requerida por la institución.

2)Atender a los pacientes que ingresan al HOSPITAL para la respectiva consulta, cualquiera que sea el régimen de atención.

3)Prescribir y/o realizar procedimientos especiales para establecer diagnósticos o para dar tratamiento a los pacientes que requieran de sus conocimientos en los servicios de Consulta Externa, Domiciliaria y apoyar los programas y actividades de Promoción y Prevención, según programación.

4)Diligenciar adecuadamente los requisitos de atención de pacientes, historias clínicas, epicrisis y otros soportes de atención de acuerdo con lo establecido por las normas de auditoría de la institución y sustentar por escrito en los respectivos requisitos y en la historia clínica, los paraclínicos solicitados y el plan de manejo, respaldando toda actuación con su firma y sello.

5)Proceder el diligenciamiento adecuado y oportuno de la Historia Clínica por cada paciente atendido, de conformidad con la resolución No. 1995 de 1999 y/o la normatividad vigente pertinente.

6)Realizar en forma oportuna las intervenciones, valoraciones y evoluciones de los pacientes en los servicios hospitalarios, con internación y en observación de urgencias, al menos una evolución en el turno día y una evolución completa en el turno de la noche, y evoluciones adicionales cuando la condición clínica del paciente así lo amerite, acorde con las recomendaciones de la Ciencia Médica BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA disponible al momento de la atención.

7)La atención del paciente se prestará siguiendo las guías de práctica clínica desarrollados por el HOSPITAL, conjuntamente con el CONTRATISTA.

8)Realizar los procedimientos médicos programados por el Hospital y para los cuales reconoce pericia e idoneidad suficientes, definiendo diagnósticos y acorde a aquellos, solicitando, analizando y registrando en la historia clínica las ayudas diagnósticas pertinentes prescribiendo el plan de tratamiento que a buen criterio proponga para los pacientes a su cargo, teniendo en cuenta los derechos del paciente, la evidencia científica disponible y las guías de práctica clínica del Hospital. Hospital.

9)Realizar la revista médica matinal y vespertina en los servicios asignados según turno correspondiente, verificando el cumplimiento de las órdenes establecidas al personal de enfermería, determinando las acciones a seguir para cada paciente e instruyendo al personal sobre los procedimientos que deban ser empleados.

10) Participar con el Hospital en las jornadas de emergencias y desastres decretadas por las autoridades competentes.

11) Practicar y cumplir con las actividades académicas reglamentarias de acuerdo a los programas establecidos y aprobados por la Dirección Científica del HOSPITAL.
12) Propender por la seguridad y conservación de los elementos entregados para el desempeño del objeto contractual, así como responder por su perdida en caso de culpa atribuible al CONTRATISTA.

13) Responder por la adecuada, clara precisa, legible, completa y veras de los RIPS y toda la documentación relacionada con la prestación del servicio (historias clínicas, epicrisis al dar de alta al paciente, evoluciones, formulas médicas, remisiones, interconsultas, descripciones médicas, etc.) a todos y a cada uno de los pacientes atendidos, de conformidad con la resolución

1995 del 8 de julio de 1999 del ministerio de salud y sus modificaciones, con especial énfasis en los programas de interés de salud pública, AIEPI, IAMI, Promoción y prevención.

14) Informar en forma personal, detallada y veraz el estado, pronóstico y evolución de la enfermedad a los familiares y/o tutores del paciente.

15) Colaborar de forma efectiva en el proceso de facturación mediante la decidida participación en la parte el proceso que le corresponda, así como garantizar oportunidad en la realización de consultas, interconsultas, exámenes y procedimientos, y realizar las gestiones necesarias y pertinentes con el fin de mantener estándares adecuados de acuerdo al nivel de complejidad del HOSPITAL con respecto a Giro o rotación de cama, promedio estancia, pertinencia en la formulación y solicitud de medicamentos y paraclínicos respectivamente así como propender por el mejoramiento continuo en la calidad de los servicios y en la atención al usuario.

16) Asumir, en caso de presentarse glosa durante el recaudo por fallas atribuidas al contratista, el documento respectivo el cual será ejecutado por el HOSPITAL, contra el valor del contrato y por el monto de la actividad o el evento no pagado. Igualmente, el CONTRATISTA participará en la contratación de objeciones o glosas correspondientes a no pertinencia médica y aquellas originadas por la prestación de los servicios objeto del presente contrato cumpliendo con los tiempos de respuesta establecidos por el HOSPITAL.

17) Realizar la prescripción y ordenes médicas de acuerdo a la Resolución 3512 de 2019 y sus anexos, Circular 017 de 2019 o los acto administrativo que contiene las coberturas del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y los anexos de medicamentos y procedimientos que soportan la actualización vigente.

18) Registrar correctamente las estadísticas vitales en RUAF institucional en forma oportuna, con calidad según lineamientos técnicos.

19) Dar cumplimiento a las actividades derivadas del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en Salud de la Institución y el Sistema de información para la Calidad; y las demás las actividades encaminadas a la certificación y acreditación del HOSPITAL.

20) Obtener autorización para todo procedimiento quirúrgico o de diagnóstico y tratamiento debe ser realizado previa autorización de la Empresa Administradora de planes de Beneficios o asegurador.

21) Reportar mensualmente a la coordinación de Médica del HOSPITAL los incidentes, complicaciones quirúrgicas, terapéuticas, medicamentosas y transnacionales que se presenten con motivo de la prestación de sus servicios.

22) Realizar consulta médica externa asignada por la Coordinación Médica, o el área que corresponda, según promedio histórico de ausentismo de usuario en ese servicio o prioridad del caso.

23) Cumplir con los indicadores pactados.Desarrollar las actividades en cumplimiento al Plan de Acción en Salud que le corresponda de acuerdo a su proceso a ejecutar en este tema. Ejercer las demás actividades sean afines con la naturaleza del servicio contratadoAdherirse a lo dispuesto al protocolo institucional de higienización de manos de acuerdo con la estrategia multimodal (cinco momentos) registrados en el protocolo institucional, protocolo de custodia de pertenencias, protocolo de víctimas de violencia sexual, protocolo de seguridad del paciente y manual de bioseguridad.

24) Obtener consentimiento informando en los casos en los que el usuario requiera algún procedimiento para su cuidado y tratamiento y suministrarle.

25) Utilizar la herramienta tecnológica MIPRES que permite a los profesionales de salud reportar la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.

26) Informar sobre si se tiene objeción de conciencia médica que se entiende como la negativa del profesional sanitario a realizar, por motivos éticos y religiosos, determinados actos que son ordenados o tolerados por la autoridad; tal postura es una acción de gran dignidad ética cuando las razones aducidas por el médico son serias, sinceras y constantes, y se refieren a cuestiones graves y fundamentales. Conocer y aplicar los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal inmersa en la Resolución 3280 de 2018 y los Manuales de Procesos y Procedimientos de Enfermería y las Guías de Manejo adoptadas por el HOSPITAL.

27) Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo para la población e informar sobre las enfermedades de notificación obligatoria a través del diligenciamiento completo de las fichas de notificación que detecte en su actividad.

28) Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato

Se expide a solicitud del interesado, a los veinticinco (25) días del mes de Octubre 2024

DIEGO ARMANDO PINZÓN PEÑA
Subgerente

Función Pública

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

Tipo de declaración: PERIÓDICO

Fecha de publicación: 2026-08-28 14:24

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
GABRIEL	ALEJANDRO	ACOSTA	HERNANDEZ

Documento de identificación

Tipo: PASAPORTE

Número: 90785319

Lugar de nacimiento

País: VENEZUELA

Departamento:

Municipio:

Lugar de domicilio

País: COLOMBIA

Departamento: CUNDINAMARCA

Municipio: EL COLEGIO

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje: HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN - EL COLEGIO

Lugar de sede

País: COLOMBIA

Departamento: CUNDINAMARCA

Municipio: EL COLEGIO

Dirección: [" CALLE 6 - 7 38"]

Cargo o función que cumple: CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, qu presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestació 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 m declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o po 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	$144.000.000,0
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$144.000.000,0

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	$0,0

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 d 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 registr de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con lo 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 [X] No [ ]

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 [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
YISBEL	ANDREINA	PARRA	TOVAR

Tipo documento: PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL Número: 5276598

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 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 d consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor 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 junt directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucr 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:

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141152599882

(415)7707212489984(8020) 000014115259988 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	14. Buzón electrónico
7 0 0 2 2 6 4 5 1	9	3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Pasaporte 4 1	0 9 0 7 8 5 3 1 9

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
VENEZUELA 8 5 0		

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ACOSTA	HERNANDEZ	GABRIEL	ALEJANDRO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CR 8 2 A SUR 63

42. Correo electrónico	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
gabriel_acosta_1993@hotmail.com	3 1 2 4 1 8 5 7 2 0	3 1 1 5 7 5 1 6 0

43. Código postal

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 1 0	2 0 2 2 0 6 2 3						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

22- Obligado a cumplir deberes formales a
49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																			

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024-12-28 / 10:24:39PM

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 ACOSTA HERNANDEZ GABRIEL ALEJANDRO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 31-08-2026 01:27:4

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 301656812

PIB
18:03:54

Bogotá DC, 23 de agosto del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) GABRIEL ALEJANDRO ACOSTA HERNANDEZ identificado(a) con PPT número 5279199:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 23 de agosto de 2026, a las 18:02:10, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Permiso por Protección Temporal
No. Identificación	5279199
Código de Verificación	5279199260823180210

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:24:38 PM horas del 05/10/2026, el ciudadano extranjero con:

Pasaporte N° **90785319**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

Los resultados de esta consulta solo corresponden a antecedentes judiciales dentro del territorio nacional de Colombia.

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

DIJIN

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

Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 05/10/2026 06:28:27 p. m. para **el Pasaporte:** Nº. **90785319**

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. **149021918** . 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

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN , Bogotá D.C
Línea de atención: 018000-910112

GOV.CO

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 18:31:33 horas del 05/10/2026, el ciudadano identificado con pasaporte No. **90785319.**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN**, con NIT **860020094-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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 PPT 5279199 **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 05/10/2026 06:34 PM

Código Verificación: **EK7Q9DV1UR**

Válida hasta: **05/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C527919900326162
Codigo de verificacion

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **GABRIEL ALEJANDRO ACOSTA HERNANDEZ,** identificado(a) con PSP No. 5279199 y T.P. o R.M. No. 5279199 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes-www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

Tribunal Nacional de Ética Médica.

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el jueves 04 junio 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA PRESIDENTE

HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.
E- Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

	E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO	Código
	FORULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO DE PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS - SARLAFT	CONTRA-F-1
		Versión
	PROCESO CALIDAD	V01-2025

Fecha de diligenciamiento: 25 / 08 / 2026 Ciudad: EL COLEGIO Tipo de Solicitud: Nuevo ☐ Actualización ☑

Clase de vinculación: Empleado ☑ Proveedor servicios salud ☐ Proveedor suministros ☐ Contratista ☐

1. PERSONA NATURAL

Apellidos: ACOSTA HERNANDEZ Nombres: GABRIEL ALEJANDRO

CC ☐ CE ☐ RUT ☐ Otro ☑ Cuál: PPT No: 5279199 Fecha Nacimiento: 13 d / 04 m / 1993 a a

Lugar de Nacimiento: CARACAS Nacionalidad: VENEZOLANO Ocupación/Oficio: MEDICO

Profesión: MEDICO Teléfono: 3124185720 Celular: 3124185720

Dirección Residencia: CRA 2C # 3-20 APARTAMENTO PISO 1 BARRIO CHAPINERO Municipio: EL COLEGIO

Ingresos Mensuales: $ 13.000.000 Egresos $: 13.000.000

Activos: $ Pasivos $:

Patrimonio: $ Otros Ingresos $:

Concepto otros ingresos:

2. PERSONA JURÍDICA

Nombre o Razón Social: NIT: DV:

Tipo de Empresa: Pública ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Sector de la Economía: CIIU:

Tipo de Contribuyente: Rég. Común ☐ Gran Contribuyente ☐ Otras Entidades:

Fecha de constitución Cámara de Comercio: dd/mm/aaaa Correo electrónico empresarial:

Dirección Oficina Principal: Municipio: Tél.:

Dirección Sucursal/Agencia: Municipio: Tél.:

Representante Legal: PRIMER APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO / PRIMER NOMBRE / SEGUNDO NOMBRE

CC ☐ CE ☐ Otro ☐ Cuál: No.: Fecha Nacimiento: d d / m m / a a a a

Identificación socios o accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aportes o participación (si requiere más espacio anexe relación)

ID	Número ID	Apellidos y Nombres	¿Por su actividad o cargo otros administra recursos públicos?	¿Por su actividad o cargo ejerce algún grado de poder Público?	¿Por su actividad o cargo goza de reconocimiento público?	¿Está obligado a declaración tributaria en Países? Cuáles
			Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No Si ☐	
			No ☐ S ☐	No ☐ Si ☐	No Si ☐ No ☐	
			Si ☐ No ☐	Si ☐ No S ☐	No ☐ Si ☐	
			No ☐ S ☐	No S ☐ N ☐	Si ☐ No ☐	
			Si ☐ No ☐	☐ ☐	☐ ☐	

Ingresos Mensuales: $ Egresos: $

Activos: $ Pasivos: $

Patrimonio: $ Otros Ingresos: $

Concepto otros ingresos:

	E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO	Código
	FORULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO DE PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS - SARLAFT	CONTRA-F-1
		Versión
	PROCESO CALIDAD	V01-2025

3. PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA - PEP

¿Por su cargo maneja recursos públicos?	Si ☐	No ☑
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?	Si ☐	No ☑
¿Por su actividad u oficio goza usted de reconocimiento público general?	Si ☐	No ☑
¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?	Si ☐	No ☑
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?	Si ☐	No ☑

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

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

2 La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.

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

4 Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detallo ocupación, oficio, actividad o negocio)

Origen: HORAS TRABAJADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA DE LA ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? Si ☐ No ☑ **Importaciones** ☐ **Exportaciones** ☐ **Inversiones** ☐

Transferencias ☑ **Otras** ☐ **Indique otras operaciones**

¿Posee productos financieros en el exterior? Si ☐ No ☑ **Posee cuentas bancarias en moneda extranjera?** Si ☐ No ☑

Tipo de producto	Identificación del producto	No. del producto	Monto $	Ciudad	País	Moneda

6. DECLARACIÓN DE NO ENCONTRARSE EN LISTAS NACIONALES O INTERNACIONALES PARA EL CONTROL LA/FT

Con la suscripción de este formato declaro que no me encuentro en ninguna lista de las establecidas a nivel Nacional o Internacional para el control de lavado de activos o financiación del terrorismo; así mismo me responsabilizo entre la Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora del Carmen de El Colegio, porque mis empleados, accionistas, miembro de junta directiva o junta de socios, representante legal y revisor fiscal, tampoco se encuentra en dichas listas y me comprometo a actualizar anualmente la información o en un tiempo menor en caso de que ocurra cambios en la información suministrada a la Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora del Carmen de El Colegio.

	E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO	Código
	FORULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO DE PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS - SARLAFT	CONTRA-F-1
		Versión
	PROCESO CALIDAD	V01-2025

7. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Con la suscripción de éste documento autorizo a la Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora del Carmen de EL Colegio:

1 Revelar mi información personal y de mis negocios, en caso de ser requerida por una autoridad competente en Colombia como la UIAF o la Fiscalía General de la Nación.

2 Ser consultado en las bases de datos que permitan prevenir el lavado de activos y financiación del terrorismo.

Declaro que los recursos utilizados para el cumplimiento de las obligaciones a mi cargo, objeto del presente contrato no provienen no provendrán de actividades ilícitas tales como el narcotráfico, terrorismo y financiamiento del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el Orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres. Así mismo se obliga con la E.S.E. a implementar las medidas tendientes a evitar que sus operaciones puedan ser utilizadas sin su conocimiento y consentimiento como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas o para dar apariencia de legalidad a estas actividades en virtud de esto, el cliente autoriza a ser consultado en base de datos.

La E.S.E. terminara de manera unilateral e inmediata el presente contrato, cuando el cliente, sus socios o accionistas y/o administradores llegaran a ser:

1 Vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo y financiación del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional.

2 Sea vinculado en listas para el control de lavados de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera.

3 Sea condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de delitos de igual o similar naturaleza a los indicados en ésta cláusula.

El suscriptor de éste documento, indemnizará y mantendrá libre de cualquier daño a la E.S.E. por cualquier multa o perjuicio que fueran probados y que sufra la E.S.E. por parte del suscripto de las obligaciones que apliquen en materia de prevención de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, así como cualquier reclamo judicial, extrajudicial y/o administrativo que autoridades competentes inicien en contra de la E.S.E. por o con ocasión de dicho incumplimiento. De igual manera el cliente se compromete a dar las explicaciones a que hubiere lugar originadas por el mencionado incumplimiento a la E.S.E. y a los terceros que éste le indique.

8. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1 Fotocopia de documento de identidad de la persona natural o persona jurídica	☑
2 Fotocopia del documento de identidad del Representante Legal	☐
3 Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a dos meses para personas jurídicas	☐

9. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento

Huella

FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL

	E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO	Código
	FORULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO DE PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS - SARLAFT	CONTRA-F-1
		Versión
	PROCESO CALIDAD	V01-2025

10. INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA ENTIDAD

Recopilación y verificación de la información

- ☐ La Cédula de Ciudadanía coincide con el nombre suministrado
- ☐ Se confirma los datos registrados en el formato

Verificación de las siguientes listas

- ☐ Lista Clinton
- ☐ Lista SDN personas y empresas sancionadas por el gobierno de E.U.A.
- ☐ Lista de los más buscados por Interpol
- ☐ Antecedentes Judiciales
- ☐ Policía Antecedentes Fiscales
- ☐ Antecedentes Disciplinarios
- ☐ Otra

En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en listas informar al Oficial de Cumplimiento

ENCARGADO DE RECOPILAR LA INFORMACIÓN		ENCARGADO DE VERIFICAR LA INFORMACIÓN	
Nombre			
Tipo y Número de Documento		Tipo y Número de Documento	
Cargo		Cargo	
Extensión		Extensión	
Fecha	dd / mm / aaaa	Fecha	dd / mm / aaaa
Hora		Hora	

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
PT	5279199	GABRIEL ALEJANDRO ACOSTA HERNANDEZ	Calle 5a #3D - 15	3015916	acostagabriel727@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	EL COLEGIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		95153959	14/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$1.827.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	738.300	0		0		0	0	0	0	738.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	945.000	0	0	0	0	0	0		945.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	143.900				143.900	0	0	143.900			1439	143.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	738.300	738.300
Pensión	1	945.000	945.000
Riesgos Laborales	1	143.900	143.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.827.200	1.827.200

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
PT	5279199	GABRIEL ALEJANDRO ACOSTA HERNANDEZ	Calle 5a #3D - 15	3015916	acostagabriel727@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	EL COLEGIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		95153959	14/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$1.827.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
Tipo y Número de dentificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. Exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
PT 5279199	ACOSTA HERNANDEZ GABRIEL ALEJANDRO [redacted]	57	0	N	N	N															X		230301	5.906.000	30	945.000	0	[redacted]	[redacted]	0	EPS005	5.906.000	30	738.300	14-11	5.906.000	30	III	143.900	[redacted]	0	0	0	0	[redacted]	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

05/10/2026

EL COLEGIO,
CUNDINAMARCA,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor GABRIEL ALEJANDRO ACOSTA HERNANDEZ** con **Cédula de Extranjería** número **7775279199**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**475900094842**
Fecha de apertura	**06/07/2022**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: GABRIEL ALEJANDRO

Apellidos: ACOSTA HERNANDEZ

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP X otro cuál:

No. 9506842130 41993

Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 04 Año 1993

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Gabriel Alejandro

Apellidos: Acosta Hernandez

Documento de identidad: C.C. T.I. X Pasaporte PEP otro X cuál: CE

No. 5279199

Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 04 Año 1993

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

Consérvelo

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

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Gabriel Alejandro

Apellidos: Acosta Hernandez.

Documento de identidad: C.C. ~~T.I.~~ Pasaporte No. 5279199

Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 04 Año 1993

Certificado de Vacunación

Institución: Laboral medical alternativa IPS

Nombre: GABRIEL ALEXANDRO ACOSTA H.

Identificación: RPT 5279199. **Tel:**

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No	Firma Vacunador
HPO	1	13-09-2023	220300 C122 A	
HPO	2	17-10-2023	220300 C122 A	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	13-9-23	23324004B	Edimcun
	2	17-11-23	23321048	Edimcun
	3	Marzo 17 - 2024		
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	Ter Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

República Bolivariana de Venezuela
Ministerio del Poder Popular para la Educación
Viceministerio de Gestión Educativa
Dirección General de Evaluación Continua y Control de Estudios

Hoja de Registro de Título

I. Tipo de Registro: TITULO

Mes y Año de Egreso: Julio 2010

Fecha de Emisión: 30-07-2010

II. Datos del Plantel:

Cod. del Plantel: S2100D0511 Nombre: U.E.P. LA CANDELARIA Dtto. esc: 11

Dirección: C/BOLIVAR #9, TURMERO Teléfono: 02446610281

Municipio: SANTIAGO MARIÑO Ent. Federal: ARAGUA Zona Educativa: ARAGUA

III. Identificación de la Evaluación:

Resumen Final: X Revisión: Materia Pendiente: Extraordinaria: Otra:

IV. Datos del Título que registra:

Nombre del Documento: EDUCACION MEDIA GENERAL Mención: CIENCIAS Código: 31018

Número de alumnos de esta sección: 32 **Número de alumnos en esta página: 8**

V. Nómina de los alumnos a los cuales se les otorga Título:

Nº	Núm del Título	Cédula de Identidad	Nombres	Apellidos
1	AA 3976558	V-23783092	ROSVELYD DE JESUS	MONTILLA SERGI
2	AA 3976559	V-23783225	JOSE MIGUEL	LINARES LOPEZ
3	AA 3976560	V-23783419	GLORIA ANDREINA	LOPEZ ASPRILLA
4	AA 3976561	V-23784764	RIGBET DEL CARMEN	DIAZ PACHECO
5	AA 3976562	V-24439025	FRANCIS ANGELICA MARIA	MATOS GONZALEZ
6	AA 3976563	V-24445104	ARTURO ENRIQUE	ARAUJO MENDEZ
7	AA 3976564	V-24591248	GABRIEL ALEJANDRO	ACOSTA HERNANDEZ
8	AA 3976565	V-25067338	VERONICA ANDREINA	HERNANDEZ PIÑERO
9	**********	**********	**********	**********
10	**********	**********	**********	**********
11	**********	**********	**********	**********
12	**********	**********	**********	**********

Nº	Lugar de Nacimiento	E.F.	Fecha de Nacimiento			Observaciones
			Dia	Mes	Año	
1	VILLA DE CURA	AR	03	03	1993	
2	MARACAY	AR	11	04	1993	
3	MARACAY	AR	23	02	1994	
4	MARACAY	AR	08	08	1993	
5	CARACAS	DF	22	09	1993	
6	MARACAY	AR	29	01	1994	
7	CARACAS	DF	13	04	1993	
8	CAGUA	AR	17	12	1992	
9	**********	**	**	**	**	**********
10	**********	**	**	**	**	**********
11	**********	**	**	**	**	**********
12	**********	**	**	**	**	**********

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
U.E.P.A.E.P. LA CANDELARIA
ESTADO ARAGUA MUNICIPIO SANTIAGO MARIÑO
INSCRITO EN EL MPPE CODIGO Nº S2100D0511
23-10-2

TOTAL DE TITULOS APROBADOS: 8 **GRADO, AÑO O SEMESTRE:** 5to. AÑO **SECCIÓN:** A

VI. Autoridades Educativas:

DIRECTOR DEL PLANTEL:

Apellidos y Nombres: SIFONTES DEYANIRA C.I: 4079313 Firma:

COORDINADOR DE CONTROL DE ESTUDIOS O REPRESENTANTE DEL CONSEJO DE DOCENTES:

Apellidos y Nombres: OCHOA MARYS C.I. 11092759 Firma:

FUNCIONARIO DESIGNADO POR EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA EDUCACIÓN:

Apellidos y Nombres: RODRIGUEZ LILA C. C.I.. 7245737 Firma:

VI. Fecha de Remisión: 02 MAR 2011

Director(a)
Apellidos y Nombre:
SIFONTES DEYANIRA
Número de C.I.

U.E.P.A.E.P. La Candelaria
Ministerio del Poder Popular para la Educación

VII. Fecha de Recepción: 02 MAR 2011

Funcionario Receptor
Apellidos y Nombre:
Número de C.I.

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA EDUCACION
Departamento de Control de Estudios
SELLO DE LA ZONA

República Bolivariana de Venezuela

Universidad de Carabobo

Rectora

Jessy Divo de Romero

Hago saber:

República Bolivariana de Venezuela
Gobernación del Estado Guárico
Superintendencia de Registro Principal del Estado Guárico
NOMBRE/ RAZON SOCIAL
GABRIEL ACOSTA
CEDULA / RIF
V24591248
UT 1,0 Bs 150,00
EG-2017-07-0000152878-9369
RUT FEG Tramite: 34400195737
SAREN
Oficina Principal
San Juan de los Morros

Que el ciudadano

Gabriel Alejandro Acosta Hernández

C.I. V-24.591.248

natural de Caracas, Distrito Capital, aspirante al Título de Médico Cirujano, cumplió con todos los requisitos académicos y legales correspondientes por lo cual, en nombre de la República y por la autoridad de la Ley, le confiero el Título de

Médico Cirujano

Tómese razón de este Título en la Secretaría de esta Universidad y reconózcase y téngase en toda la República al mencionado ciudadano como tal Médico Cirujano con todos los derechos que le otorgan las leyes.

En fe de lo cual firmo el presente Título en unión del Secretario, el Decano y dos profesores.

En Valencia, a los ocho días del mes de Febrero de dos mil diecisiete, años 206 y 157.

Rectora

Profesor(a)

Profesor(a)

República Bolivariana de Venezuela
Universidad de Carabobo
DECANO
Facultad de Ciencias de la Salud

Decano(a)

Inscrito al folio 227 del libro respectivo

Secretario

Oficina Principal del Registro Público
Estado Guárico.
7 de Motos. 07 de Junio de 2017. Años 207° y 158°, con esta fecha y bajo el N° 106, Folio 106 del protocolo Único y Principal ha sido registrado el presente Título.
Derechos: Escritura Bs. P.U. Bs.
Título Bs. 0,5 Total Bs. 0,5
Planilla N° 1952.27 Tomo N°

César J. Herrera A.
C.I. 18.971.655
REGISTRADOR PRINCIPAL
AUXILIAR DEL EDO. GUARICO

2017022341-227-1

A0064828

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN No.

008747 18 MAY 2022

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

EL SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el artículo 29 del Decreto 5012 de 2009 y la Resolución No 017562 del 31 de diciembre de 2019

CONSIDERANDO

Que GABRIEL ALEJANDRO ACOSTA HERNÁNDEZ, ciudadano venezolano, identificado con PEP - permiso especial de permanencia No. 950684213041993, presentó para su convalidación el título de MÉDICO CIRUJANO, otorgado el 8 de febrero de 2017, por la institución de educación superior UNIVERSIDAD DE CARABOBO, VENEZUELA, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No. 2022-EE-013668.

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 5012 de 2009, corresponde al Ministerio de Educación Nacional convalidar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes.

Que en virtud del artículo 24°, parágrafo 4. de la Resolución 10687 del 09 de octubre de 2019, para efectos de la convalidación de títulos en el área de la salud, establece: "La solicitud de convalidación de títulos de pregrado y posgrado del área de la salud se surtirá exclusivamente bajo el criterio de evaluación académica...".

Que la convalidación de títulos de educación superior es una actuación administrativa que se desarrolla especialmente con arreglo a los principios del debido proceso, buena fe y moralidad, en virtud de los cuales se impone i) adelantar el procedimiento de conformidad con las normas establecidas en la Constitución y la ley; ii) presumir el comportamiento leal y fiel de los particulares en el ejercicio de sus derechos y deberes y iii) asumir que todas las personas honran su obligación de actuar con rectitud, lealtad y honestidad.

Que el trámite de convalidación de títulos se encuentra regido por la Ley 1437 de 2011, la Ley 30 de 1992, la Ley 1753 de 2015, el Decreto 5012 de 2009 y la Resolución 10687 del 09 de octubre de 2019, regulación que conlleva la realización de un análisis legal y académico de todos los documentos aportados por los solicitantes de convalidación, aspecto que revela su carácter eminentemente documental, sin que sea posible verificar la adquisición y desarrollo de competencias, conocimientos, aptitudes, actitudes, habilidades y destrezas prácticas en un escenario real, debido a la ausencia de un examen teórico-práctico legalmente vinculante dentro del proceso de convalidación, de tal suerte que para el caso de los títulos de especializaciones médico quirúrgicas, es materialmente imposible asegurar la idoneidad de quienes solicitan la convalidación de sus títulos.

Que el Ministerio de Educación Nacional ha desplegado un papel activo con miras a verificar, con apoyo de los informes de la Federación Médica Venezolana (FMV), la Academia Nacional de Medicina, el Observatorio Venezolano de Salud y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, las condiciones de calidad de los programas de pregrado y posgrado en salud ofertados en Venezuela, frente a lo certificado documentalmente; sin embargo, dichos esfuerzos han resultado infructuosos debido a la nula respuesta institucional, lo cual limita

nuevamente el campo de acción del proceso de convalidación a la verificación de documentos, que si bien se reputan verdaderos debido a la gravedad de juramento con la que son presentados y a la presunción de buena fe y moralidad, no permiten llegar a la certeza sobre los hechos que se alegan.

Que bajo las anteriores consideraciones, el Ministerio de Educación Nacional dentro del proceso de convalidación de títulos, continuará adelantando las gestiones necesarias de verificación de la formación de quienes han adquirido sus títulos de educación superior en Venezuela, con las limitaciones legales anteriormente expuestas y con la finalidad de proteger dentro de la órbita de sus funciones, los derechos de la colectividad, la salud e integridad física y mental de su población.

Que en virtud de los artículos 17 y 18 de la Resolución 10687 del 09 de octubre de 2019, uno de los criterios aplicables para efectos de la convalidación de títulos de educación superior otorgados por instituciones extranjeras, es el de Evaluación Académica. En el referido precepto normativo se lee lo siguiente: "Criterio aplicable al proceso de convalidación, mediante el cual la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior - CONACES o el órgano evaluador que el Ministerio de Educación Nacional designe para el efecto, estudia, valora y emite un concepto sobre la formación académica adquirida en el exterior por el solicitante, con relación a los programas ofertados en el territorio nacional, que permita o niegue la convalidación del título." (...) "El presente criterio tiene como finalidad, estudiar, valorar y emitir un concepto sobre la formación académica adquirida en el exterior por el solicitante, con relación a los programas ofertados en el territorio nacional, que permitan o nieguen la convalidación del título, a través de un análisis técnico integral, en el que se evalúan aspectos como: i) contenidos, ii) carga horaria del programa académico, iii) duración de los periodos académicos, y iv) modalidad. (...) La evaluación académica también resulta procedente para: i) determinar con certeza el nivel académico o de la formación obtenida; ii) establecer la denominación del título a convalidar; iii) establecer el área y núcleo básico del conocimiento, de acuerdo con la clasificación establecida en el Sistema Nacional de Información de Educación Superior - SNIES o el que haga sus veces; iv) aclarar evaluaciones académicas, anteriores o presentes, que sean contrarias respecto de títulos con la misma denominación; o, v) establecer la existencia de diferencias o similitudes entre títulos obtenidos por un mismo solicitante, en virtud de programas que otorguen doble titulación del mismo nivel de formación."

Que el día 26 de abril de 2022 los estudios fueron evaluados por la Comisión Nacional Intersectorial para el Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior - CONACES, la cual emitió concepto favorable, señalando que el título obtenido es reconocido como MÉDICO

Que con fundamento en las anteriores consideraciones y después de haber estudiado la documentación presentada, se concluye que es procedente la convalidación solicitada.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de MÉDICO CIRUJANO, otorgado el 8 de febrero de 2017, por la institución de educación superior UNIVERSIDAD DE CARABOBO, VENEZUELA, a GABRIEL ALEJANDRO ACOSTA HERNÁNDEZ, ciudadano venezolano, identificado con PEP - permiso especial de permanencia No. 950684213041993, como equivalente al título de MÉDICO, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Para el ejercicio de la profesión se deberá realizar la respectiva inscripción en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud según lo dispuesto en la Ley 1164 de 2007.

PARÁGRAFO. - La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión.

ARTÍCULO TERCERO.- La convalidación a cargo del Ministerio de Educación Nacional y la autorización para el ejercicio profesional a cargo de los Colegios o Agremiaciones Profesionales

corresponden a trámites de diferente naturaleza, el primero, orientado al reconocimiento de efectos académicos de un título de educación superior conferido en el exterior y el segundo, referido a la inscripción del profesional en los registros públicos mediante los cuales se le habilita para su ejercicio profesional, en consecuencia, la decisión de convalidar un título no conlleva la autorización para el ejercicio profesional.

ARTÍCULO CUARTO. - La presente resolución rige a partir de la fecha de su notificación y contra la misma proceden los recursos de reposición y apelación, los cuales deberán ser interpuestos en la diligencia de notificación personal o dentro de los diez (10) días siguientes a ella o a la notificación por aviso al tenor de lo dispuesto en el artículo 76 de la ley 1437 de 2011.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C.

EL SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR

GERMÁN ALIRIO CORDÓN GUAYAMBUCO

Proyectó: Maria De Los Angeles Mancera Bautista - 5 de mayo de 2022
Revisó: Felipe Alberto Lizarazo
Aprobó: GERMÁN ALIRIO CORDÓN GUAYAMBUCO

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

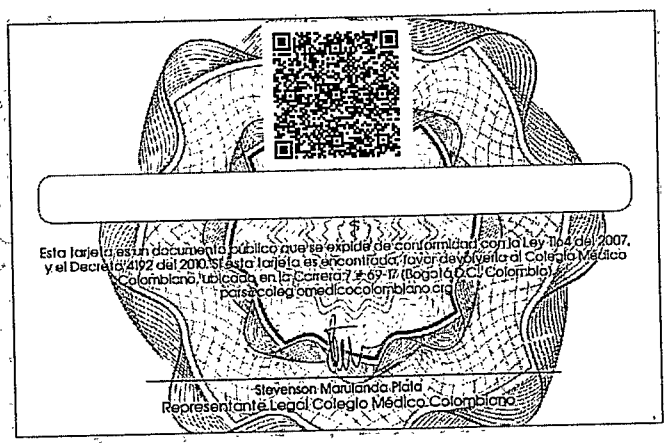
GABRIEL ALEJANDRO ACOSTA HERNANDEZ
PT 5279199

MÉDICO

Universidad De Carabobo
Venezuela

GRADO: 08/02/2017
ReTHUS: 29/08/2023





QR DIGITAL

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

De conformidad con los articulos 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) GABRIEL ALEJANDRO ACOSTA HERNANDEZ identificado(a) con PT 5279199 registra La siguiente información:

2026-06-04--11:18:37 PM

Información Académica

Tipo Profesional	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha otorgamiento Título	No. Matrícula Profesional	Institución Educativa
UNV	Extranjero	Medicina	2023-08-29	117162	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Conocimiento Principal	Profesión u Ocupación	Entidad Reportante
Presto SSO	Local	COLOMBIA|CUNDINAMARCA|EL COLEGIO	2022-06-23	2023-06-22	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	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).

R-C MÉDICA MAPFRE

MODIFICACIÓN

PÓLIZA R.C. PROFESIONAL MÉDICOS INDIVIDUALES

MODIFICACION
Póliza No 3601225000398
Ref.32098414488
Copia

INFORMACIÓN GENERAL

RAMO / PRODUCTO	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
272 / 732	1	1	IBAGUE	Carrera 5 NO. 37 - 10	IBAGUE

TOMADOR ACOSTA HERNANDEZ GABRIEL ALEJANDRO	NIT / CC 5279199	DIRECCIÓN KR 2C # 3 - 20	CIUDAD EL COLEGIO	TELEFONO 1234567
ASEGURADO ACOSTA HERNANDEZ GABRIEL ALEJANDRO	NIT / CC 5279199	DIRECCIÓN KR 2C # 3 - 20	CIUDAD EL COLEGIO	TELEFONO 1234567
ASEGURADO N.D.	NIT / CC N.D.	DIRECCIÓN N.D.	CIUDAD N.D.	TELEFONO
BENEFICIARIO CUALQUIER TERCERO AFECTADO	NIT / CC N.D.	DIRECCIÓN N.D.	CIUDAD N.D.	TELEFONO N.D.

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
ADDU SEGUROS LTDA	AGENCIA COLOCADORA	12801	3133961040	100,00

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA POLIZA						VIGENCIA CERTIFICADO					
DÍA	MES	AÑO		HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS		HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS
20	4	2026	INICIACIÓN	00:00	17	12	2025	365	INICIACIÓN	00:00	20	4	2026	241
			TERMINACIÓN	00:00	17	12	2026		TERMINACIÓN	00:00	17	12	2026	

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

ACTIVIDAD	MEDICO GENERAL SIN CIRUGIA
ESPECIALIDAD	MEDICO GENERAL SIN CIRUGIA
DIRECCION DEL RIESGO	
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
CIUDAD	EL COLEGIO



COBERTURAS

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE
R.C. actos medicos - Medicos	$500.000.000,00	10% PERD Min 1000000 (PESO COLOMBIANO)
Gastos de defensa	$200.000.000,00	10 % PERD
Responsabilidad Civil acto m. aux o dependiente	$500.000.000,00	10% PERD Min 1000000 (PESO COLOMBIANO)
Asistencia medica emergencia	$500.000.000,00	10 % PERD

Profesionalmente ... Seguro

R-C



SMMLV: SALARIOS MINIMOS LEGALES VIGENTES
N.D.: NO DECLARADO
V.A.R.: VALOR ASEGURADO DEL ARTICULO
PERD.: VALOR PERDIDA
VAP: VALOR ASEGURABLE DEL PREDIO AFECTADO
V.A.A.: VALOR ASEGURABLE ARTICULO POLIZA

ca el Condicionado General Codigo:
15/2024-1335-P-06-00000VTE06314AY24
3126052024

VALORES COTIZACIÓN (PESOS COLOMBIANOS)

TOTAL PRIMA NETA	GASTOS DE EXPEDICION	SUBTOTAL	VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS	TOTAL A PAGAR
$ 230.484,00	$ 20.000,00	$ 250.484,00	$ 47.592,00	$ 298.076,00

(415)7707289180029(8020)032098414488(3900)0000298076(96)20260420

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES PÓLIZA

Observaciones MODIFICACIONES AUMENTO DE VALOR ASEGURADO AG

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA, A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA MISMA, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIR Á LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA Y DARÁ DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

ANEXOS

ASEGURADO: GABRIEL ALEJANDRO ACOSTA HERNANDEZ

P.E 5279199

ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL

VIGENCIA: 20/04/2026 A 17/12/2026

MODALIDAD: Ocurrencia (2 años Sunset)

AMPAROS

R.C. como consecuencia de cualquier eacto médicoe derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en salud de las personas.

R.C. consecuencia de asistencia médica de emergencia a persona o personas, e n cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalment e aceptado

LÍMITE VALOR ASEGURADO: $ 500.000.000 evento / agregado anual

R.C. daños extrapatrimoniales (incluidos riesgos Morales) sublimitado al 50% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor está incluido en el límite asegurado básico y no en exceso de este.

Gastos judiciales sub-limitado 40% del límite asegurado evento / vigencia Es te valor se encuentra incluido en el límite asegurado contratado y no en exc eso de éste.

PLO (Predios, Labores y Operaciones) en exceso de la RC Extracontractual. su blimitado al 20% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor está incluido en el límite asegurado básico y no en exceso de este.

PRIMA ANUAL SIN IVA /GASTOS DE EXPEDICIÓN: $149.603

DEDUCIBLES:

Básico 10% MÍNIMO $ 1.000.000 No opera para Gastos Médicos Para las coberturas de Gastos Judiciales y Daños Morales: 10%

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA. LA SOLICITU D FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART. 1048. CÓDIGO DE COMERC IO).

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RETICENCIA Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO DE LAS CO NDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

NO SE OTORGA

R.C. Extracontractual Bienes bajo cuidado tenencia y control Restablecimiento automático de valor asegurado. Errores e inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud. Renovación automática R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativas Los procedimientos estéticos y de cirugía plástica salvo que se trate de una cirugía reconstructiva por malformaciones congénitas o en caso de accidente . Provisión de servicios de emergencia/urgencia domiciliarios. Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante lip osucción, lipoescultura, derivación intestinal, o mediante receta de medicam entos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1. Sin perjuicio de lo dispuesto en otro sentido en la presente póliza, este seguro excluye cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, cost e o gasto de cualquier naturaleza, directa o indirectamente causado por, que surja de, que resulte de o derivado de o en relación con una enfermedad tra nsmisible o el temor o la amenaza (ya sea real o percibida) de una enfermeda d transmisible con independencia de cualquier otra causa o evento que contri buya de manera simultánea o en cualquier otra secuencia a ello.

2. Tal como se utiliza en el presente documento, se entiende por enfermedad transmisible toda enfermedad que pueda ser transmitida por medio de cualquie r sustancia o agente desde un organismo cualquiera a otro organismo, en la p resente definición:

2.1 La sustancia o el agente incluye, entre otros, un virus, una bacteria, u n parásito u otro organismo o cualquier variación de estos, ya sea que se co nsideren vivos o no; y

2.2 El método de transmisión ya sea directo o indirecto, incluye, entre otro s, la transmisión por aire, la transmisión por fluidos corporales, la transm isión desde o hacia cualquier superficie u objeto, sólido, líquido o gas o e ntre organismos; y,

2.3 La enfermedad, la sustancia o el agente pueden causar o amenazar con cau sar daños a la salud o al bienestar de las personas o pueden causar o amenaz ar con causar daños, deterioro, pérdida de valor, comerciabilidad o pérdida de uso de los bienes.

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA. LA SOLICITUD FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART. 1048. CÓDIGO DE COMERCIO).

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RETICENCIA Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

COTIZACIÓN SUJETA A: ORIGINAL DEL FORMULARIO DEBIDAMENTE DILIGENCIADO, FECHA DO Y FIRMADO.

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A Firma Autorizada

CLAUSULAS

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3/93. AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORRETENEDORES SEGÚN RESOLUCIÓN 5098 DE JUNIO 21 DE 2013.
ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR

SMMLV: SALARIOS MINMOS LEGALES VIGENTES
N.D.: NO DECLARADO
V.A.R.: VALOR ASEGURADO DEL ARTICULO
PERD.: VALOR PERDIDA
VAP: VALOR ASEGURABLE DEL PREDIO AFECTADO
V.A.A.: VALOR ASEGURABLE ARTICULO POLIZA

2a el Condicionado General Codigo:
16/2024-1326-P-06-00000VTE062MAY24
2026052024

	E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO	Código
	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS DE HOJA DE VIDA	TH-F-23
		Versión
	PROCESO TALENTO HUMANO	V01-2021

El Colegio Cundinamarca Octubre 2026

REF. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo GABRIEL ALEJANDRO ACOSTA HERNÁNDEZ identificado con documento de identidad PPT N° 5279199 de Bogotá, doy mi autorización para la verificación de títulos de mi hoja de vida y la encuesta de caracterización que a continuación se realiza, la cual llevada a cabo la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen El Colegio.

A continuación, verá una serie de preguntas que permitirán a la Institución, tener un poco más de conocimiento de los colaboradores de la entidad.

PREGUNTA	Si	No
¿Es usted pre-pensionable*?		X
¿Es usted madre o padre cabeza de familia?		X
¿Presenta algún tipo de discapacidad?		X
¿Pertenece a la comunidad LGTBI?		X
¿Pertenece a un grupo étnico?		X
¿Cuenta con experiencia anterior en el cargo?	X	

*(pre-pensionable: las personas que le hace falta tres o menos años para cumplir con los requisitos para pensionarse)

Manifiesto que recibí información clara y concreta del objeto del proceso.

Gracias por su amable atención.

Cordialmente,

GABRIEL A. ACOSTA H.
PPT 5279199
Teléfono (312) 4185720

LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DEL COLEGIO CERTIFICA QUE:

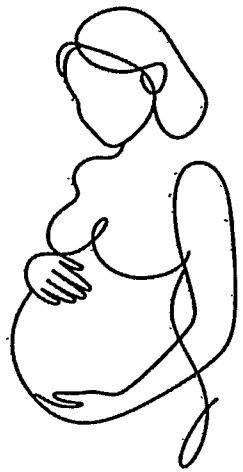


GABRIEL ALEJANDRO ACOSTA HERNANDEZ

PT: 5279199

Presento y Aprobó satisfactoriamente el Curso de:

ESTRATEGIA IAMII



Este certificado se expide el: 28-09-2026

Con una intensidad horaria de 12 horas.

DRA. DIANA YAMILE RAMOS CASTRO
GERENTE

ADRIANA CAROLINA HERNANDEZ M.
JEFE DE ENFERMERÍA - LIDER IAMII

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

GABRIEL ALEJANDRO ACOSTA HERNANDEZ

C.C 5.279.199

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual del
Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 11 de junio 2024

Henry Humberto Villamarín Serrano
Director de Gestión y Desempeño Institucional

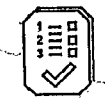
Código: 765740318000


Fundamentos Generales


Talento Humano


Direccionamiento estratégico


Gestión con valores para resultados


Evaluación de resultados


Información y comunicación


Gestión del conocimiento


Control interno

Certieducación
NIT: 1069731024-5

Bajo el Código Único Interno 2Q2QCUQCN9 certifica que

Gabriel Alejandro Acosta Hernández

Con Permiso de Protección Temporal (PPT) N. 5279199

Finalizó exitosamente el curso Básico de

Humanización en la Prestación de los Servicios de Salud

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 09 de Diciembre de 2025

CÚI: 2Q2QCUQCN9

Puedes verificar la validez de este certificado

www.certieducacion.com
321 219 95 93

Alejandra Pinilla

Representante Legal
NIT: 1069731024-5

Profesional en Salud
RM 1010012384

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional.
Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.certieducacion.com/legalidad/

LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DEL COLEGIO CERTIFICA QUE:



GABRIEL ALEJANDRO ACOSTA HERNANDEZ

PT: 5279199

Presento y Aprobó satisfactoriamente el Curso de:



LACTANCIA MATERNA

Este certificado se expide el: 28-09-2026

Con una intensidad horaria de 12 horas.

DRA. DIANA YAMILE RAMOS CASTRO
GERENTE

ADRIANA CAROLINA HERNANDEZ M.
JEFE DE ENFERMERÍA - LIDER IAMII

AZUL EQUIPOS LTDA.

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

Coordinación de Ingeniería Biomédica

CERTIFICADO DE APROBACIÓN

Concedido con honores a:

GABRIEL ALEJANDRO ACOSTA HERNANDEZ

Por haber cumplido y aprobado satisfactoriamente los requisitos académicos y prácticos del curso con base en los estándares vigentes:

GESTIÓN, MANTENIMIENTO Y NORMATIVIDAD DE EQUIPOS BIOMÉDICOS

Rol Registrado: **MEDICO GENERAL**

Acreditación de Examen: **100% (Aprobado)**

SANDRA MARCELA RODRIGUEZ HERNANDEZ
ING BIOMEDICA

ID Verificación: 5279199-100
Fecha de Expedición: 7/22/2026

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Gabriel Alejandro Acosta Hernández

PPT 5279199 de Bogotá D.C

Realizó y aprobó el Curso Seguridad Clínica del Paciente y Calidad Asistencial con un total de 100 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-07-19
Fecha de vencimiento: 2028-07-19

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA INABTEC - RESCUE

NIT:901069117-9

Basado en la resolución 3100 del 2019 del Ministerio Salud, educación y bajo cumplimiento - bajo normas A.H.A 2023 en Cumplimiento del Artículo 5.8 del decreto 4904 del 2009 o Ley 115 de 1994

M.I.D.P

CERTIFICADO

de reconocimiento

MANEJO INTEGRAL DEL DUELO EN PACIENTES

Otorgado a

GABRIEL ALEJANDRO ACOSTA HERNANDEZ

Identificado (a) con Permiso Temporal No: 79.575.885

Con una intensidad de 48 Horas - Realizado en Bogotá D.C De 03 - 09 de Diciembre - del 2024;

ACTA No 0024778 Libro de actas de Cursos y No: 0025

Christian M. Quintero A.
Director Nacional

CHRISTIAN M. QUINTERO A-
Director General Nacional

INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA INABTEC RESCATE NIT. 901.069.117

INSTRUCTOR M.D
DR. MANUEL RODRIGUEZ
RM: 075175711

OSCAR M. ALONSO
Coordinador Academico Nacional

VALIDO POR 2 AÑOS

0 35545 62336 78 1

INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA INABTEC - RESCUE

NIT:901069117-9

Basado en la resolución 3100 del 2019 del Ministerio Salud,educación y bajo cumplimiento - bajo normas A.H.A 2023 en Cumplimiento del Artículo 5.8 del decreto 4904 del 2009 o Ley 115 de 1994.

A.I.S.V.C. A

CERTIFICADO

de reconocimiento

ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE CONFLICTO ARMADO

Otorgado a

GABRIEL ALEJANDRO ACOSTA HERNANDEZ

Identificado (a) con Permiso Temporal No: 5.279.199

Con una intensidad de 40 Horas - Realizado en Bogotá D.C De 03 - 06 de Diciembre - del 2024;

ACTA No 0024774 Libro de actas de Cursos y No: 0025

Christian M. Quintero A. INABTEC RESCUE Director Nacional

CHRISTIAN M. QUINTERO A-
Director General Nacional

INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA INABTEC RESCATE NIT. 901.069.117

INSTRUCTOR M.D
DR. MANUEL RODRIGUEZ
RM: 075175711

OSCAR M. ALONSO
Coordinador Academico Nacional

VALIDO POR 2 AÑOS

0 35545 62336 78 1

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Gabriel Alejandro Acosta Hernández

PPT 5279199 de Bogotá D.C

Realizó y aprobó el Curso de Atención a Personas con Discapacidad con un total de 40 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-09-10
Fecha de vencimiento: 2028-09-04

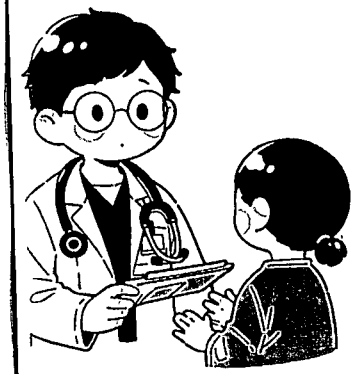
FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

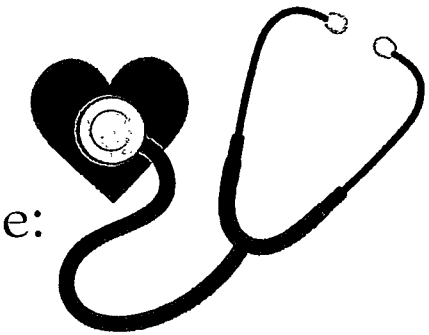
ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DEL COLEGIO CERTIFICA QUE:



GABRIEL ACOSTA

PT: 5279199



Presento y Aprobó satisfactoriamente el Curso de:

PROGRAMA AIEPI

Este certificado se expide el: 05-10-2026

Con una intensidad horaria de 12 horas.

DRA. DIANA YAMILE RAMOS CASTRO
GERENTE

ADRIANA CAROLINA HERNANDEZ M.
JEFE DE ENFERMERÍA - LIDER IAMII

-4506-acbc-0716ac1f0e4c

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

GABRIEL ALEJANDRO ACOSTA HERNANDEZ

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 85,00 %

17 de mayo de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=664789c8-1de4-4506-acbc-0716ac1f0e4c

Certieducación
NIT: 1069731024-5

Bajo el Código Único Interno LDVGAJP86Y certifica que

Gabriel Alejandro Acosta Hernández

Con Permiso de Protección Temporal (PPT) N. 5279199

Finalizó exitosamente el curso Básico de

Soporte Vital Básico (BLS RCP SVB)

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 09 de Diciembre de 2025

CÚI: LDVGAJP86Y

Puedes verificar la validez de este certificado

www.certieducacion.com
321 219 95 93

Alejandra Pinilla

Representante Legal
NIT: 1069731024-5

Profesional en Salud
RM 1010012384

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional.
Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.certieducacion.com/legalidad/

Certieducación
NIT: 1069731024-5

Bajo el Código Único Interno B6L53QDC78 certifica que

Gabriel Alejandro Acosta Hernández

Con Permiso de Protección Temporal (PPT) N. 5279199

Finalizó exitosamente el curso Avanzado de

Soporte Vital Avanzado (ACLS)

con 70 horas de intensidad y dos años de vigencia

a partir del día 09 de Diciembre de 2025

CÚI: B6L53QDC78

Puedes verificar la validez de este certificado

www.certieducacion.com
321 219 95 93

Alejandra Pinilla

Representante Legal
NIT: 1069731024-5

Profesional en Salud
RM 1010012384

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional.
Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.certieducacion.com/legalidad/

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Gabriel Alejandro Acosta Hernández

PPT 5279199 de Bogotá D.C

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado Neonatal NALS
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2026-10-06
Fecha de vencimiento: 2028-10-06

Verificación:

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Gabriel Alejandro Acosta Hernández

PPT 5279199 de Bogotá D.C

Realizó y aprobó el Curso Triage Hospitalario
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2026-07-21
Fecha de vencimiento: 2028-07-21

Verificación:

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Gabriel Alejandro Acosta Hernández

PPT 5279199 de Bogotá D.C

Realizó y aprobó el Curso de Manejo de Dolor y Cuidado Paliativo con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2026-10-04
Fecha de vencimiento: 2028-10-04

Verificación:

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

EL CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

CERTIFICA

Que GABRIEL ALEJANDRO ACOSTA HERNANDEZ identificado(a) con la Permiso por Protección Temporal No. 5279199 de BOGOTÁ se encuentra realizando el programa de CERTIFICACIÓN EN IMPLEMENTACION DE PRUEBAS DE LABORATORIO EN EL PUNTO DE ATENCION DEL PACIENTE-POCT y hasta el momento ha aprobado:

COMPETENCIAS	**EVAL**	**IH**
Promocionar acciones de salud de acuerdo con la normativa de salud pública	4,5 A	48

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

1. RECONOCER LAS DISPOSICIONES PARA EL USO Y MANEJO DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO (POINT-OF-CARE TESTING), TENIENDO EN CUENTA LA NORMATIVA VIGENTE Y PRINCIPIOS ESTABLECIDOS EN EL PUNTO DE ATENCIÓN DEL

2. REALIZAR LA TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO TENIENDO EN CUENTA TÉCNICA ASÉPTICA Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES.

3. PROCESAR LA MUESTRA DE LABORATORIO TENIENDO EN CUENTA MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS E INDICACIONES DEL FABRICANTE.

4. COMUNICAR LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA REALIZADA TENIENDO EN CUENTA PROTOCOLOS ESTABLECIDOS

Se expide en BOGOTÁ a los 14 días del mes de DICIEMBRE de 2023.

CARLOS ARTURO SALGAR RAMIREZ
SUBDIRECTOR (A)
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA-INABTEC - RESCUE

NIT: 901069117-9

Basado en la resolución 3100 del 2019 del Ministerio Salud educación y bajo cumplimiento - bajo normas A.H.A 2023 en Cumplimiento del Artículo 5.8 del decreto 4904 del 2009 o Ley 115 de 1994

CB-CF

CERTIFICADO

de reconocimiento

ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS POR VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL

Otorgado a

GABRIEL ALEJANDRO ACOSTA HERNANDEZ

Identificado (a) con Permiso Temporal No: 5.279.199

Con una intensidad de 48 Horas - Realizado en Bogotá D.C De 04 - 08 de Diciembre - del 2024;

ACTA No 0024773 Libro de actas de Cursos y No: 0025

Christian M. Quintero A.
INABTEC RESCUE
Director Nacional

CHRISTIAN M. QUINTERO A-
Director General Nacional

INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA
INABTEC RESCATE
NIT. 901.069.117

INSTRUCTOR M.D
DR. MANUEL RODRIGUEZ
RM: 075175711

OSCAR M. ALONSO
Coordinador Academico Nacional

VALIDO POR 2 AÑOS

0 35545 62336 78 1

Certieducación
NIT: 1069731024-5

Bajo el Código Único Interno X8YHCUP82X certifica que

Gabriel Alejandro Acosta Hernández

Con Permiso de Protección Temporal (PPT) N. 5279199

Finalizó exitosamente el curso Básico de

Atención Integral a Víctimas con Agentes Químicos (AQS)

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 09 de Diciembre de 2025

CÚI: X8YHCUP82X

Puedes verificar la validez de este certificado

www.certieducacion.com
321 219 95 93

Alejandra Pinilla

Representante Legal
NIT: 1069731024-5

Profesional en Salud
RM 1010012384

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional.
Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.certieducacion.com/legalidad/

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:

ACOSTA HERNANDEZ GABRIEL ALEJANDRO

Identificado(a) con D.I. No. 5.279.199

Asistió al curso de:

CUIDADO DEL DONANTE DE ÓRGANOS O TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE

Dado en Bogotá D.C el día 20 de Diciembre del 2023, con una duración de 60 horas

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

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

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

INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA INABTEC - RESCUE

NIT:901069117-9

Basado en la resolución 3100 del 2019 del Ministerio Salud, educación y bajo cumplimiento - bajo normas A.H.A 2023 en Cumplimiento del Artículo 5.8 del decreto 4904 del 2009 o Ley 115 de 1994

S.B.A

CERTIFICADO

de reconocimiento

SEDACION BASICA Y AVANZADA

Otorgado a

GABRIEL ALEJANDRO ACOSTA HERNANDEZ

Identificado (a) con Permiso Temporal No: 79.575.885

Con una intensidad de 70 Horas - Realizado en Bogotá D.C De 03 - 09 de Diciembre - del 2024;

ACTA No 0024777 Libro de actas de Cursos y No: 0025

Christian M. Quintero R.
INABTEC RESCUE
Director Nacional

CHRISTIAN M. QUINTERO A-
Director General Nacional

INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA
INABTEC RESCATE
NIT. 901.069.117

INSTRUCTOR M.D
DR. MANUEL RODRIGUEZ
RM: 075175711

OSCAR M. ALONSO
Coordinador Academico Nacional

VALIDO POR 2 AÑOS

0 35545 62336 78 1