Cajicá, septiembre 2026

Señor (a)
ALEJANDRA PRIETO GUERRERO
CC No 1.099.213.466
CARRERA 9 No.18-19 CHIQUINQUIRA
CEL32130303447
E-MAIL: aleja.p_031@hotmail.com

**ASUNTO:** INVITACIÓN PRIVADA A CONTRATAR.

Respetado (a) Señor (a):

De manera atenta le remito los estudios previos para su análisis y si así lo considera pertinente proceda a presentar propuesta para la respectiva contratación en la E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER, con las siguientes características:

| | |
|---|---|
| **OBJETO** | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA ADELANTAR ACTIVIDADES MEDICAS PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION DE LA ESE HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER DE CAJICA CON CARGO AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO NO. 692-2026 |
| **OBLIGACIONES ESPECIFICAS** | 1.Actuar con criterio ético y de calidad en cada ambiente donde preste sus servicios como médico general, en aras de proteger, asegurar y garantizar modelos de atención con enfoque en el usuario.<br>2. Revisar, realimentar y desarrollar las actividades propias y planificadas desde la subgerencia científica, con criterio de: oportunidad, eficacia, eficiencia y gestión.<br>3. Realizar las acciones, intervenciones, procedimientos y actividades en los diferentes planes de beneficios del sistema general de seguridad social en salud.<br>4. Adelantar las actividades de atención primaria, incluye las correspondientes a las acciones de promoción y fomento de la salud; las inherentes a la atención secundaria, relacionadas con la formulación de diagnósticos y acciones terapéuticas coherentes y dirigidas a la superación y recuperación de la carga que produce la enfermedad.<br>5. Ejecutar y asegurar el adecuado diligenciamiento de los registros médicos disponibles por la institución para el buen ejercicio de su profesión.<br>6. Realizar las acciones pertinentes para que los pacientes cuenten con acceso a las diferentes especialidades dentro de los niveles de atención vigentes.<br>7. Activar los mecanismos con la tecnología disponible, para poner en marcha las acciones inherentes al sistema de referencia y contra referencia.<br>8. Garantizar una atención dirigida, cálida y con alto criterio de información a los pacientes, que mitigue la posibilidad de generar eventos adversos en los procesos de atención.<br>9. Comunicar al paciente, a sus familiares y realimentar a la organización, acerca de las novedades del proceso de atención que adelanta.<br>10. Realizar las disponibilidades médicas, con criterio de: oportunidad, desempeño, eficacia y en cumplimiento de los principios de solidaridad y responsabilidad.<br>11. Generar, consolidar, tabular y entregar con la oportunidad debida los reportes e informes solicitados.<br>12. Gestionar dentro de la prestación de los servicios todas las actividades encaminadas al mejoramiento continuo del proceso al que pertenece, por lo tanto, acompañar al dueño del proceso en la obtención de resultados en términos de calidad.<br>13. Acatar con criterio de recomendación las observaciones levantadas desde el proceso de auditoría, con el único fin de impedir la reincidencia de falencias que tienen impacto en los diferentes frentes de la organización.<br>14. Entregar y recibir los pacientes hospitalizados o de urgencias con el fin de garantizar los efectos de responsabilidad médica y el principio de continuidad de la atención.<br>15. Realizar las acciones de promoción y prevención bajo los criterios definidos en la normatividad vigente y los que la organización establezca en su momento.<br>16. Aceptar el desplazamiento a las diferentes dependencias del Hospital.<br>17. Notificar y registrar debidamente las complicaciones derivadas de los procedimientos o actuaciones medicas propias del actuar, con fines estadísticos y de control.<br>18. Realizar cambios de agenda o de asignación de actividades previamente planificadas con notificación y aprobación por el dueño del proceso o quien haga sus veces.<br>19. Garantizar y participar en la gestión de residuos hospitalarios de la institución.<br>20. Dar cumplimiento estricto a: a) Las normas de bioseguridad establecidas por el gobierno nacional, el municipal y la gerencia de LA E.S.E., b) Portar el uniforme de trabajo, el que debe estar limpio y en condiciones de asepsia, c) Asistir dentro de la primera semana de |

Este documento es propiedad del Hospital Profesor Jorge Cavelier.
La versión vigente reposa en el Sistema de Gestión de Calidad

| | |
|---|---|
| | vinculación a las jornadas de inducción y a las de reinducción que se programen por parte de LA E.S.E., así como al curso de humanización programado por el líder del área, d) Portar en todo momento la identificación que lo acredita como personal vinculado a LA E.S.E.<br>21. Realizar las agendas según necesidades de la institución<br>22. Diligenciar los diferentes formatos y registros del sistema de información de acuerdo con la normatividad legal vigente, SISVAN, Fichas de notificación SIVIGILA entre otros.<br>23. Realizar la demanda inducida respectiva de acuerdo a la edad del paciente y los programas de protección específica y detención temprana dejando registro en la Historia Clínica.<br>24. Diligenciar los informes en los formatos establecidos por EL HOSPITAL.<br>25. Participar activamente en el proceso de implementación del sistema de acreditación en EL HOSPITAL.<br>26. Participar en la ejecución de los POA en cada uno de los procesos donde desarrolle su prestación de servicios.<br>27. Realizar sus actividades propias de medicina de acuerdo a las guías, protocolos y manuales de la E.S.E Hospital Profesor Jorge Cavelier, así como los emitidos por las autoridades competentes.<br>28. Entregar información clara y precisa al paciente y sus familiares sobre la atención en salud, plan de manejo y diagnóstico, Instruir al enfermo y la familia sobre el cuidado que se debe tener para prevenir las enfermedades.<br>29. Garantizar el correcto diligenciamiento y la firma de consentimientos informados.<br>30. Recibir y entregar agendas en el servicio asignado.<br>31. Velar por la correcta y racional aplicación de los recursos disponibles y la pertinencia médica.<br>32. Realizar oportuna y verazmente el reporte de eventos de interés de salud pública en las fichas de notificación establecidas dando aviso inmediato al área de epidemiología de LA E.S.E.<br>33. Reportar incidentes y eventos adversos, centinelas o que atenten contra la seguridad del paciente, tan pronto tenga conocimiento de ellos.<br>34. Realizar oportuna el cargue de estadísticas vitales al RUAF.<br>35. Hacer uso adecuado de los elementos de protección personal requeridos por el servicio o área en la que desarrolle su actividad y Cumplir con las normas de desinfección y asepsia del Hospital.<br>36. Diligenciar de manera clara, completa, oportuna y veraz la Historia Clínica y demás documentos médicos, administrativos y legales que se requieran en la atención de los pacientes.<br>37. Apoyar de manera interdisciplinaria en el servicio que la E.S.E. requiera para garantizar la atención a los usuarios.<br>38. Realizar actividades de orientación e información al usuario y su familia respecto a normas y reglamentos, derechos y deberes que debe respetar y cumplir durante el período de estadía en la institución.<br>39. Dar respuesta a las PQRS que se deriven de la prestación de los servicios, objeto del contrato.<br>40. Dar buen uso de los equipos facilitados por el Hospital y los que estén en inventario para el cumplimiento contractual, previa revisión por el contratista de su buen estado y funcionamiento "<br>41. Cancelar a LA E.S.E. el valor de las glosas que se presenten por razones imputables a su desempeño en cumplimiento de la Resolución 3047 de 2008 |
| **PRESUPUESTO OFICIAL** | HASTA LA SUMA DE TRECE MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MDA/CTE ($13.750.000) |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN ESTIMADO** | El plazo de ejecución del contrato será de un (01) mes y dieciséis (16) días calendario, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución, de conformidad con las condiciones establecidas por la E.S.E. |

**INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** Para poder presentar propuesta, se requiere de la inexistencia de inhabilidades e incompatibilidades de orden constitucional o legal, especialmente las establecidas en el Estatuto General de Contratación. Para este efecto deberá manifestar por escrito, bajo la gravedad del juramento, no encontrarse incurso en ninguna de aquellas; la entidad lo aceptará bajo el principio de la buena fe.

**DOCUMENTOS A LA PROPUESTA:** La propuesta se integrará con los documentos que se relacionan a continuación y siguiendo la estructura que se indica, para facilidad tanto de su elaboración para los proponentes, como de su evaluación.

**DOCUMENTOS:**

1. Propuesta dirigida a la Gerencia del Hospital Profesor Jorge Cavelier




10/14/2026 11:57
3203X650669 176.16.1.58

2. Formato único hoja de vida función pública, para persona natural con cargue en SIGEP
3. Formato de declaración de bienes y rentas SIGEP debidamente diligenciado
4. Fotocopia de la cédula de ciudadanía, persona natural
5. Fotocopia de la libreta militar, para hombres menores de 50 años
6. Actas y Diplomas
7. Copia de la tarjeta profesional y/o registro profesional, si lo exige la profesión
8. Inscripción en el registro nacional de talento humano de salud RETHUS
9. Certificado o inscripción al curso soporte vital básico
10. Certificado o inscripción al Curso atención integral en salud para víctimas de violencia sexual
11. Certificado o inscripción al Curso manejo del dolor y cuidados paliativos
12. Certificado o inscripción al Curso de gestión del duelo
13. Certificado o inscripción al Curso atención integral en salud para víctimas de violencia con agentes
14. químicos
15. Certificado o inscripción al curso de pruebas en el punto de atención del paciente – (point of care
16. testing – POCT)
17. Certificados de experiencia
18. Certificado antecedentes - Procuraduría General de la Nación vigente (no mayor a 1 mes)
19. Certificado antecedentes fiscales - Contraloría General de la Republica (no mayor a 1 mes)
20. Certificado antecedentes y requerimientos judiciales de policía PONAL (no mayor a 1 mes)
21. Certificado del Registro Nacional de Medidas Correctivas PONAL (no mayor a 1 mes)
22. Registro Único Tributario – RUT con actividad económica coherente al objeto a desarrollar
23. Planilla de pago o certificados afiliación a sistema de salud, pensión y riesgos profesionales, únicamente cuando se trate de persona natural
24. Certificado de Vacunación (Tétano, Hepatitis B, Covid19)
25. Examen médico ocupacional VIGENTE (-3 años) y con actividad y entidad coherente al objeto a desarrollar
26. Certificación Bancaria (No Mayor a 30 días)

Si se encuentra interesado, sírvase manifestarlo por escrito y remitir la documentación a que aluden la presente invitación al área de Contratación.

Reciba un cordial saludo,

**FADIME MARTÍNEZ URZOLA**
GERENTE

Este documento es propiedad del Hospital Profesor Jorge Cavelier.
La versión vigente reposa en el Sistema de Gestión de Calidad

10/14/2026 11:57
3203X650669 176.16.1.58

Cajicá SEPTIEMBRE 2026

Señores
**E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER**
Cajicá – Cundinamarca

**REF.** Propuesta para "PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA ADELANTAR ACTIVIDADES MEDICAS PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION DE LA ESE HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER DE CAJICA"

**ALEJANDRA PRIETO GUERRERO,** identificado(a) con CC No **1.099.213.466**, presentó a la E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER propuesta para desarrollar el contrato en referencia, conforme a los términos establecidos por la entidad con el fin de ejecutar las siguientes actividades:

1.Actuar con criterio ético y de calidad en cada ambiente donde preste sus servicios como médico general, en aras de proteger, asegurar y garantizar modelos de atención con enfoque en el usuario.
2. Revisar, realimentar y desarrollar las actividades propias y planificadas desde la subgerencia científica, con criterio de: oportunidad, eficacia, eficiencia y gestión.
3. Realizar las acciones, intervenciones, procedimientos y actividades en los diferentes planes de beneficios del sistema general de seguridad social en salud.
4. Adelantar las actividades de atención primaria, incluye las correspondientes a las acciones de promoción y fomento de la salud; las inherentes a la atención secundaria, relacionadas con la formulación de diagnósticos y acciones terapéuticas coherentes y dirigidas a la superación y recuperación de la carga que produce la enfermedad.
5. Ejecutar y asegurar el adecuado diligenciamiento de los registros médicos disponibles por la institución para el buen ejercicio de su profesión.
6. Realizar las acciones pertinentes para que los pacientes cuenten con acceso a las diferentes especialidades dentro de los niveles de atención vigentes.
7. Activar los mecanismos con la tecnología disponible, para poner en marcha las acciones inherentes al sistema de referencia y contra referencia.
8. Garantizar una atención dirigida, cálida y con alto criterio de información a los pacientes, que mitigue la posibilidad de generar eventos adversos en los procesos de atención.
9. Comunicar al paciente, a sus familiares y realimentar a la organización, acerca de las novedades del proceso de atención que adelanta.
10. Realizar las disponibilidades médicas, con criterio de: oportunidad, desempeño, eficacia y en cumplimiento de los principios de solidaridad y responsabilidad.
11. Generar, consolidar, tabular y entregar con la oportunidad debida los reportes e informes solicitados.
12. Gestionar dentro de la prestación de los servicios todas las actividades encaminadas al mejoramiento continuo del proceso al que pertenece, por lo tanto, acompañar al dueño del proceso en la obtención de resultados en términos de calidad.
13. Acatar con criterio de recomendación las observaciones levantadas desde el proceso de auditoría, con el único fin de impedir la reincidencia de falencias que tienen impacto en los diferentes frentes de la organización.
14. Entregar y recibir los pacientes hospitalizados o de urgencias con el fin de garantizar los efectos de responsabilidad médica y el principio de continuidad de la atención.
15. Realizar las acciones de promoción y prevención bajo los criterios definidos en la normatividad vigente y los que la organización establezca en su momento.
16. Aceptar el desplazamiento a las diferentes dependencias del Hospital.
17. Notificar y registrar debidamente las complicaciones derivadas de los procedimientos o actuaciones medicas propias del actuar, con fines estadísticos y de control.
18. Realizar cambios de agenda o de asignación de actividades previamente planificadas con notificación y aprobación por el dueño del proceso o quien haga sus veces.
19. Garantizar y participar en la gestión de residuos hospitalarios de la institución.
20. Dar cumplimiento estricto a: a) Las normas de bioseguridad establecidas por el gobierno nacional, el municipal y la gerencia de LA E.S.E., b) Portar el uniforme de trabajo, el que debe estar limpio y en condiciones de asepsia, c) Asistir dentro de la primera semana de vinculación a las jornadas de inducción y a las de reinducción que se programen por parte de LA E.S.E., así como al curso de humanización programado por el líder del área, d) Portar en todo momento la identificación que lo acredita como personal vinculado a LA E.S.E.
21. Realizar las agendas según necesidades de la institución
22. Diligenciar los diferentes formatos y registros del sistema de información de acuerdo con la normatividad legal vigente, SISVAN, Fichas de notificación SIVIGILA entre otros.
23. Realizar la demanda inducida respectiva de acuerdo a la edad del paciente y los programas de protección específica y detención temprana dejando registro en la Historia Clínica.
24. Diligenciar los informes en los formatos establecidos por EL HOSPITAL.
25. Participar activamente en el proceso de implementación del sistema de acreditación en EL HOSPITAL.
26. Participar en la ejecución de los POA en cada uno de los procesos donde desarrolle su prestación de servicios.

27. Realizar sus actividades propias de medicina de acuerdo a las guías, protocolos y manuales de la E.S.E Hospital Profesor Jorge Cavelier, así como los emitidos por las autoridades competentes.
28. Entregar información clara y precisa al paciente y sus familiares sobre la atención en salud, plan de manejo y diagnóstico, Instruir al enfermo y la familia sobre el cuidado que se debe tener para prevenir las enfermedades.
29. Garantizar el correcto diligenciamiento y la firma de consentimientos informados.
30. Recibir y entregar agendas en el servicio asignado.
31. Velar por la correcta y racional aplicación de los recursos disponibles y la pertinencia médica.
32. Realizar oportuna y verazmente el reporte de eventos de interés de salud pública en las fichas de notificación establecidas dando aviso inmediato al área de epidemiología de LA E.S.E.
33. Reportar incidentes y eventos adversos, centinelas o que atenten contra la seguridad del paciente, tan pronto tenga conocimiento de ellos.
34. Realizar oportuna el cargue de estadísticas vitales al RUAF.
35. Hacer uso adecuado de los elementos de protección personal requeridos por el servicio o área en la que desarrolle su actividad y Cumplir con las normas de desinfección y asepsia del Hospital.
36. Diligenciar de manera clara, completa, oportuna y veraz la Historia Clínica y demás documentos médicos, administrativos y legales que se requieran en la atención de los pacientes.
37. Apoyar de manera interdisciplinaria en el servicio que la E.S.E. requiera para garantizar la atención a los usuarios.
38. Realizar actividades de orientación e información al usuario y su familia respecto a normas y reglamentos, derechos y deberes que debe respetar y cumplir durante el período de estadía en la institución.
39. Dar respuesta a las PQRS que se deriven de la prestación de los servicios, objeto del contrato.
40. Dar buen uso de los equipos facilitados por el Hospital y los que estén en inventario para el cumplimiento contractual, previa revisión por el contratista de su buen estado y funcionamiento "
41. Cancelar a LA E.S.E. el valor de las glosas que se presenten por razones imputables a su desempeño en cumplimiento de la Resolución 3047 de 2008

Declaro así mismo bajo la gravedad del juramento:

1. Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse solo compromete al firmante de esta.
2. Que conozco en su totalidad los estudios, de la E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER y demás documentos del proceso y acepto los requisitos en ellos contenidos.
3. Que he recibido los documentos que integran los estudios previos y acepto su contenido.
4. Que no me hallo incurso(a) en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la Constitución y la ley y no me encuentro en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con la HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER, que me comprometo a cumplir totalmente los servicios en el plazo estipulado en los estudios previos.
5. Que acepto las obligaciones del contrato que se llegare a celebrar.
6. Que la propuesta tiene una validez de treinta (30) días calendario.
7. Que el valor total de la oferta es de acuerdo con el valor de la hora por consulta equivalente a la suma de SIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MDA/CTE ($7.500.000) mensual, incluidos los impuestos a que haya lugar.
8. Que anexo soportes y demás documentos requeridos para la celebración del contrato respectivo.

Atentamente,

ALEJANDRA PRIETO GUERRERO
CC No 1.099.213.466
CARRERA 9 No.18-19 CHIQUINQUIRA
CEL32130303447
E-MAIL: aleja.p_031@hotmail.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 |
|---|---|---|
| Prieto | Guerrero | Alejandra |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1099213466 | F ⊗ M ○ NB ○ | COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

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

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 23 MES 09 AÑO 1995 | CARREA 9 N. 18-09 CENTRO | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | BOYACÁ |
| DEPTO | SANTANDER | MUNICIPIO | CHIQUINQUIRÁ | | |
| MUNICIPIO | BARBOSA | TELÉFONO | 32130303447 | EMAIL | aleja.p_031@hotmail.com |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

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

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| PREGRADO | 14 | X | | MEDICINA | 11 | 2020 | 1099213466 |

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

***EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO***

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

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 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 |
| | | | | | | | | | |

## EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOYACÁ | *MUNICIPIO*<br>CHIQUINQUIRÁ | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3213030447 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 21 | *Mes* | 12 | *Año* 2020 | *Día* | 21 | *Mes* | 12 | *Año* | 2021 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>MEDICO | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>ESE hospital regional de Chiquinquira | | | | | |

## 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)

## TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 1 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

## 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.

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* 9 Oct. - 2026 Cajicá

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 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*

Universidad de
# La Sabana

En nombre de la República de Colombia, por autorización del Ministerio de Educación Nacional y considerando que

## Alejandra Prieto Guerrero

Cédula de ciudadanía n.° 1.099.213.466

Cursó y aprobó los estudios y cumplió los demás requisitos académicos exigidos por la Universidad, le confiere el título de

## Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Otorgado por

## Facultad de Medicina

Dado en el campus del Puente del Común en Chía, a los 17 días del mes de marzo de 2026.

Rector

Decano

Marcela Ordóñez M
Secretario General

Personería jurídica otorgada por la resolución 130 de Enero 14 de 1980.
Ministerio de Educación Nacional.

Anotado al folio 1474 del libro de registro
No.15 a los 17 días del mes de marzo de 2026 - 86604

Universidad de
La Sabana

Personería Jurídica otorgada por la Resolución 130 de Enero 14 de 1980 del Ministerio de Educación Nacional

**ACTA DE GRADO No. 2656**

La suscrita Secretaria General de la Universidad de La Sabana

Certifica que, en el Campus del Puente del Común, municipio de Chía, **a los diecisiete (17) días del mes de marzo de (2026)** se realizó la ceremonia de grado de estudiantes de la Universidad de La Sabana en la cual **ALEJANDRA PRIETO GUERRERO** con cédula de ciudadanía No. **1.099.213.466**, por haber cursado y aprobado los estudios y haber cumplido los requisitos legales conjuntamente con los contemplados en los Reglamentos de la Universidad recibió el título de **ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA** otorgado por La Universidad de La Sabana con el diploma No. **86604**.

La Universidad está autorizada para conferir este título por Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 001239 del 21 de enero de 2026.

El presidente de la ceremonia, le hizo entrega del citado diploma.

Para constancia se firmó dicha Acta por parte del Rector, los Decanos de las Facultades, Directores de Instituto que en ella intervinieron y la Secretaria General así:

ROLANDO RONCANCIO RACHID
Rector

ALVARO ENRIQUE ROMERO TAPIA
Decano de la FACULTAD DE MEDICINA

ADRIANA MARCELA ORDOÑEZ MARTINEZ
Secretaria General

Se expide la presente Acta en el Campus del Puente del Común, Municipio de Chía (Colombia), a los diecisiete (17) días del mes de marzo de (2026).

Marcela Ordóñez M

**ADRIANA MARCELA ORDOÑEZ MARTINEZ**
**SECRETARIA GENERAL**

# República de Colombia

Universidad de
La Sabana

considerando que, conforme a las disposiciones legales vigentes

# Alejandra Prieto Guerrero

C.C. Nº 1.099.213.466

cursó y aprobó los estudios y cumplió los demás requisitos académicos exigidos por la Universidad, le confiere el título de

# Médico

Dado en el Campus del Puente del Común en Chía, a los 15 días del mes de Diciembre de 2020.

Rector

Decana

Secretario General

Personería jurídica otorgada por la resolución 130 de Enero 14 de 1980, Ministerio de Educación Nacional.

Anotado al folio 1083 del libro de registro No. 11 a los 15 días del mes de Diciembre de 2020.

Universidad de
La Sabana

VIGILADA MINEDUCACIÓN

Personería Jurídica otorgada por la Resolución 130 de Enero 14 de 1980 del Ministerio de Educación Nacional

**ACTA DE GRADO No. 2330**

La suscrita Secretaria General de la Universidad de La Sabana

Certifica que en el Campus del Puente del Común, municipio de Chía, **el día 15 del mes de Diciembre del año 2020** se realizó la ceremonia de grado de estudiantes de la Universidad de La Sabana en la cual **ALEJANDRA PRIETO GUERRERO** con cédula de ciudadanía No. **1099213466**, por haber cursado y aprobado los estudios y haber cumplido los requisitos legales conjuntamente con los contemplados en los Reglamentos de la Universidad recibió el título de **MEDICO** otorgado por la Universidad de la Sabana con el diploma No. **67732**, registrado en el folio **1083** del libro No. **11** de registro de títulos.

La Universidad está autorizada para conferir este título por resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 3591 de Marzo 18 de 2015.

El presidente de la ceremonia, previo el juramento de rigor por parte del graduando, le hizo entrega del citado diploma.

Para constancia se firmó dicha Acta por parte del Rector, los Decanos de las Facultades que en ella intervinieron y el Secretario General así:

ROLANDO ANDRES RONCANCIO RACHID
Rector

ALVARO ENRIQUE ROMERO TAPIA
Decano de la Facultad de Medicina

ANGELA MARIA DE VALDENEBRO CAMPO
Secretaria General

Se expide la presente Acta en el Campus del Puente del Común, Municipio de Chía (Colombia), a los quince (15) días del mes de diciembre de dos mil veinte (2020).

**ANGELA MARIA DE VALDENEBRO CAMPO**
Secretario General

Nota: Este documento cuenta con protección de marca de agua digital en la firma, para verificar su autenticidad siga las instrucciones en www.unisabana.edu.co/nosotros/autenticacion-de-certificados/
Universidad de La Sabana,Campus del Puente del Común,
Km 7 Autopista Norte de Bogotá, Chía, Cundinamarca, Colombia
Call Center (571) 861 5555 - 861 6666 Fax: 861 55555 Ext. 10111 Apartado 53753 www.unisabana.edu.co

# Acta Individual de Grado
## Colegio de Educación Básica y Media Técnica
# Nuestra Señora de Nazareth

Carrera 12 No. 18-98 Telefax 726 24 98

Chiquinquirá, Boyacá

INSCRIPCIÓN DANE: 315176000067 INSCRIPCIÓN S.E.: 94000032

En la ciudad de Chiquinquirá, Boyacá, al 1er día del mes de diciembre del año 2012, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría del

## Colegio de Educación Básica y Media Técnica
# Nuestra Señora de Nazareth

Institución aprobada en el nivel de Educación Media Técnica y autorizada por la Secretaría de Educación Departamental para otorgar el Título de

BACHILLER TÉCNICO

Especialidad Sistemas y Computación

según Resolución No. 1772 del 10 de junio de 1998.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Técnica, se procedió a otorgar el Título de

# Bachiller Técnico
## Especialidad Sistemas y Computación

al graduando cuyos nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

# Alejandra Prieto Guerrero

Identificada con T.I. No. 950923-20759 de Chiquinquirá, Boyacá

Es fiel copia tomada del Acta General No. 35 de fecha 1 de diciembre de 2012, que consta de cuarenta y seis (46) alumnos, que comienzan con el nombre de

KENNET ANDRÉS AVENDAÑO SAMACÁ

y se cierra con el nombre de

YAIRA ALEJANDRA VELASQUEZ SALINAS

Firmada y sellada por Hna. NIRIA DEL CARMEN MONTAÑO POMA (Rectora) y LADY MAYERLY RODRÍGUEZ AGUILAR (Secretaria).

Dada en Chiquinquirá, Boyacá, al 1er día del mes de diciembre de 2012.

Firmada y Sellada

Hna. NIRIA DEL CARMEN MONTAÑO POMA
C.E. No. 251748 de Bogotá
Rectora

LADY MAYERLY RODRÍGUEZ AGUILAR
C.C. No. 46.678.567 de Chiquinquirá
Secretaria

Premium

La República de Colombia
y en su nombre, el

## Colegio de Educación Básica y Media Técnica

# Nuestra Señora de Nazareth

Chiquinquirá, Boyacá

Autorizado por la Secretaría de Educación Departamental,
según Resolución No. 1772 del 10 de junio de 1998,

Confiere a:

# Alejandra Prieto Guerrero

Identificada con T.I. No. 950923-20759 de Chiquinquirá, Boyacá

El Título de:

# Bachiller Técnico

## Especialidad Sistemas y Computación

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Técnica, según los planes y programas vigentes.

Hna. Niria del Carmen Montaño Poma
Rectora

Lady Mayerly Rodríguez Aguilar
Secretaria

Anotado al Folio No. 73-74 Libro de Registro No. 01

Dado en Chiquinquirá, Boyacá, a 1 de diciembre de 2012

No requiere Registro, según Decreto No. 921 del 5 de mayo de 1994 y 2150 del 5 de diciembre de 1995

La República de Colombia
y en su nombre, el

## Colegio de Educación Básica y Media Técnica

# Nuestra Señora de Nazareth

Chiquinquirá, Boyacá

Autorizado por la Secretaría de Educación Departamental,
según Resolución No. 1772 del 10 de junio de 1998,

Confiere a:

# Alejandra Prieto Guerrero

Identificada con T.I. No. 950923-20759 de Chiquinquirá, Boyacá

El Título de:

# Bachiller Técnico

## Especialidad Sistemas y Computación

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Técnica, según los planes y programas vigentes.

Hna. Xiria del Carmen Montaño Poma
Rectora

Lady Mayerly Rodríguez Aguilar
Secretaria

Anotado al Folio No. 73-74 Libro de Registro No. 01

Dado en Chiquinquirá, Boyacá, a 1 de diciembre de 2012

No requiere Registro, según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994 y 2130 del 5 de diciembre de 1995

Premium

| | | | |
|---|---|---|---|
| | E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER | | |
| | PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO – SUBPROCESO TALENTO HUMANO | | |
| | FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN DE TITULOS | | |
| Página: 1 de 1 | Código: A-GTH-TH-F-3 | Versión: 01 | Fecha: 15/09/2026 |

| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO Y/O INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR | Titulo | Fecha |
|---|---|---|
| Universidad La Sabana | Especialista en Medicina familiar | 17 Marzo 2026 |

Yo,_**Alejandra Prieto Guerrero**, identificado (a) con cédula de ciudadanía N° **1099213466** de **Barbosa Santander** , manifiesto que es mi voluntad, libre, consciente y sin presión de ninguna índole, autorizar a la **E.S.E. Hospital Profesor Jorge Cavelier de Cajicá**, para que realice las respectivas verificaciones de formación académica acreditados por el establecimiento educativo y/o institución de educación superior para fines de contratación laboral.

La autorización faculta a la E.S.E. Hospital Profesor Jorge Cavelier de Cajicá, para que confirme toda la información académica que se registre a nombre mío, esto para dar cumplimiento a la **Ley 1581 de 2012**, **Decreto 1377 de 2013**, en lo relacionado con el tratamiento de datos personales y la **Resolución 3100 de 2019**.

Para cualquier información adicional favor contactarme en los datos registrados en la parte inferior del documento.

**Cordialmente,**

Firma:

Alejandra Prieto.
1099213466

Documento de identidad: 1099213466

Teléfono: 3213030447

Correo electrónico: alejandra.prieto2601@gmail.com

Fecha: 07/10/2026

Este documento es propiedad del Hospital Profesor Jorge Cavelier.
La versión vigente reposa en el Sistema de Gestión de Calidad

**LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**
**HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ**
**Nit. 820.005.389-7**

**CERTIFICA:**

Que el Doctora, **ALEJANDRA PRIETO GUERRERO** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.099.213.466 expedida en Barbosa Santander, fue nombrada para desempeñar el Cargo de **PROFESIONAL DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO (MEDICINA GENERAL)** en la **E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ**, según Resolución Administrativa No. 171 desde el 21 de diciembre de 2020 hasta el 20 de diciembre del año 2021.

El Ministerio de la Protección Social adopto las medidas para la provisión de plazas del Servicio Social Obligatorio entre otros para los profesionales en Medicina y fijo los criterios para un sorteo de plazas de Servicio Social Obligatorio en el territorio nacional, quedando registrada bajo el número **M-1517600955011-2**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Chiquinquirá once (11) días del mes de enero del año 2022.

Cordialmente;

**LISSETH KASSANDRA CAÑON ROBAYO**
Subgerente Administrativa y Financiera
E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá

Proyectó:
Angelica Umaña
Asistente Administrativo



Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.099.213.466
PRIETO GUERRERO

APELLIDOS
ALEJANDRA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-SEP-1995
BARBOSA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

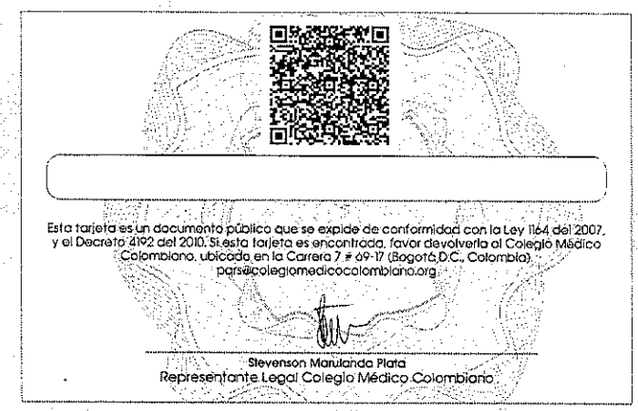
07-OCT-2013 BARBOSA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00785072-F-1099213466-20160201 0048142693A 3 1143735480

# IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL




*QR DIGITAL*

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

La salud es de todos

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ALEJANDRA PRIETO GUERRERO

C.C. 1099213466

MÉDICO

Universidad de La Sabana

Chía

Grado: 15/12/2020

Retiro: 30/01/2022



Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192de 2010.Si esta tarjeta es encontrada, favor devolver al colegio medico colombiano Av. Carrera 15 # 100-43 Oficina 501 - Edificio Avenida 15 PH.
info@colegiomedicocolombiano.org

Firma Representante Colegio Medico Colombiano

# Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

**C109921346600343985**
**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) **ALEJANDRA PRIETO GUERRERO**, identificado(a) con C.C. No. 1099213466 y T.P. o R.M. No. 1099213466 del(a) Secretaría de Salud de Boyacá, 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/

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el martes 01 septiembre 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

**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

# **Certificación**
# Bancaria

Miércoles, 07 de octubre de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que ALEJANDRA PRIETO GUERRERO identificado(a) con CC 1099213466, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura aaaa-mm-dd | Estado | Saldo |
|---|---|---|---|---|
| Cuenta de ahorros | 35200000907 | 2022-02-17 | Activo | ***** |

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

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS.**

**CERTIFICA**

Que Alejandra Prieto Guerrero, identificado(a) con CC número 1099213466, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente inform

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1099213466 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Alejandra Prieto Guerrero |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 23/09/1995 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 01/11/2017 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 147 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | 35 semanas |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 15/01/2021 |
| NIVEL SISBEN | No aplica |
| EMPLEADOR(ES)* | |

CEDULA DE CIUDADANIA 1099213466 ALEJANDRA PRIETO GUERRERO Desde 16/02/2026 - Vigente N.I.T. 832003167 CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA Desde 02/09/2026 - Vigente N.I.T. 860075558 UNIVERSIDAD DE LA SABANA Desde 03/02/2023 Hasta 31/01/2026

Generado por interfaces 08/09/2026

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

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

# CERTIFICA QUE:

**ALEJANDRA PRIETO GUERRERO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.099.213.466**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

Alejandra Prieto Guerrero identificado con CC. 1099213466 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

| INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y/o Razón** | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER | | |
| **Tipo y Numero de Documento** | NI - 832002436 | | |
| **INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL** | | | |
| **Fecha de inicio de cobertura** | 2026/10/16 | **Fecha inicio contrato** | 2026/10/15 |
| **Tipo de vinculación** | Independiente con Contrato | **Fecha de fin contrato** | 2026/11/30 |
| **Riesgo** | 3 | **Código actividad económica** | 3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en |
| **Estado afiliación** | Activa | | |
| **Fecha retiro** | 2026/11/30 | **Estado del contrato** | Activa |

Esta certificación se expide a los 15 días del mes de octubre del 2026.

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

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC15102026N1099213466A23825713.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026033275
403

Cordialmente,

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

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141211985341

(415)7707212489984(8020) 000014121198534 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 9 9 2 1 3 4 6 6 | 4 | Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 9 9 2 1 3 4 6 6 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Santander 6 8 | Barbosa 0 7 7 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PRIETO | GUERRERO | ALEJANDRA | |

Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Boyacá 1 5 | Chiquinquirá 1 7 6 |

41. Dirección principal: CR 9 # 18 - 9

42. Correo electrónico: aleja.p_031@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 1 3 0 3 0 4 4 7 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 6 8 1 0 | 2 0 2 4 0 1 0 6 | 0 0 1 0 | 2 0 2 0 1 2 1 7 | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

5- Impto. renta y compl. régimen ordinar

### Usuarios aduaneros

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

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 PRIETO GUERRERO ALEJANDRA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 08-02-2026 11:05:24AM

Función Pública

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

| Tipo de declaración | INGRESO | Fecha de publicación | 2026-09-25 15:11 |
|---|---|---|---|

| Nombres y apellidos completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| ALEJANDRA | | PRIETO | GUERRERO |

| Documento de identificación | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1099213466 |

| Lugar de nacimiento | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | SANTANDER | Municipio | BARBOSA |

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

| | |
|---|---|
| Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje | HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER |

| Lugar de sede | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | CUNDINAMARCA | Municipio | CAJICÁ |

| | |
|---|---|
| Dirección | ["Carrera 4 No. 1-33"] |
| Cargo o función que cumple | CONTRATISTA |

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

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

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

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA | $0,00 |

.s bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| AUTOMOVIEL | COLOMBIA | BOGOTÁ. D.C. | BOGOTÁ. D.C. | $25.000.000,00 |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

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

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

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

### 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

| |
|---|
| |

### 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

## 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Tipo de inversión | Valor | País |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

| Nombre entidad | Valor |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |

# Declaración de Ley 2013 de 2019

Ver aceptación de la política de seguridad de datos

Registrar nueva Declaración Ley 2013 de 2019

Recuerde verificar también si, según el **Decreto 830 de 2021**, usted debe declarar y publicar su información financiera. En caso de que deba hacerlo, dé clic en **Declaración Decreto 830 de 2021 (Personas Expuestas Políticamente - PEP)** en el menú superior del aplicativo.

## Lista Declaraciones de Ley 2013 de 2019

| Acciones | Declaración No. | Entidad | Cargo/Contratista | Tipo de publicación | Fecha de creación | Fecha de publicación ▼ | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **3683594-01** Declaración inicial | HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER | CONTRATISTA | INGRESO | 2026-02-10 09:35 | 2026-09-25 15:11 | FINALIZADO |

# CLÍNICA LABORAL SAGUIL S.A.S.

Licencia de Salud Ocupacional Res. 25-0442 del 20/05/2019
NIT: 901.258.116-2

**Ubaté, Cundinamarca**
**Dir:** Cll 8 # 8-103
**Tel:** 855 2613 - **Cel:** 313 453 5980
**Correo:** info@clinicasaguil.com

**Samacá, Boyacá**
**Dir:** Cll 6 # 4-80 of. 302
**Cel:** 322 718 6701
**Correo:** infosamaca@clinicasaguil.com

**www.clinicasaguil.com**




N° 62.765

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 09 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACION MEDICA DE PRE-INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| INDEPENDIENTES | INDEPENDIENTES |

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

**SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| PRIETO GUERRERO ALEJANDRA | FEMENINO | 30 AÑOS 4 MESES 17 DÍAS | CC (Tipo) | 1099213466 (Número) |

Cargo

DICO GENERAL

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| SANITAS | PORVENIR | AXXA COLPATRIA |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO: SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

| | |
|---|---|
| N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR(CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL) ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | |

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las [illegible]nas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de [illegible]ridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Firma:

**Nombre:** CC: 1049628769 - CAMILO ANDRES GARCIA

**R. M.:** 4502 **L.S.O.:** 4480 23/04/2019

**Código de Seguridad**
F543L1R62765

**Aspirante o Trabajador**

Alejandra Prieto. 1099213466

Firma:

**Nombre:** PRIETO GUERRERO ALEJANDRA

**CC:** 1099213466

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 viernes 25 de septiembre de 2026, a las 14:11:01, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1099213466 |
| Código de Verificación | 1099213466260925141101 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 303697489

PIB
14:14:47


Bogotá DC, 25 de septiembre 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) ALEJANDRA PRIETO GUERRERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1099213466:

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.**

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 02:13:47 PM horas del 25/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1099213466**

Apellidos y Nombres: **PRIETO GUERRERO ALEJANDRA**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

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

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

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

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

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, 25/09/2026 02:17:35 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1099213466** y Nombre: **ALEJANDRA PRIETO GUERRERO.**

## 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. **148426050** . 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.

# 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 14:19:55 horas del 25/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1099213466,**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Hospital Jorge Cavelier** , con NIT **832002436-5** 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 CC 1099213466 **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 10/02/2026 09:24 AM

Código Verificación: **61W98QKJMZ**

Válida hasta: **11/05/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC**

# Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

**Función Pública certifica que:**

## ALEJANDRA PRIETO GUERRERO

C.C 1.099.213.466

Participó y completó el curso virtual

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 05 de octubre 2026

Código: 769546724000

Función Pública | mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

**Hace constar que:**

# ALEJANDRA PRIETO GUERRERO

C.C 1.099.213.466

Participó y completó con el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual

**Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG**

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 05 de octubre 2026

**Luz Daifenis Arango Rivera**
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7611531215206

Nota: la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015".

Función Pública | mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

**Hace constar que:**

# ALEJANDRA PRIETO GUERRERO

C.C 1.099.213.466

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual

**Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG**

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 05 de octubre 2026

**Luz Daifenis Arango Rivera**

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7611531215000

Nota: la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015".

Educación

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:*

# *Alejandra Prieto Guerrero*

## *CC 1099213466 de Bogotá D.C*

Realizó y aprobó el Curso Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas de Conflicto Armado - Resolución 1166 de 2018
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2026-09-26
Fecha de vencimiento: 2028-09-26

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

Educación

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:*

# *Alejandra Prieto Guerrero*

## *CC 1099213466 de Bogotá D.C*

Realizó y aprobó el Curso Higiene y Lavado de Manos
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-09-24
Fecha de vencimiento: 2028-09-24

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

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




**Estimado.**
**PRIETO GUERRERO ALEJANDRA**

## ¡Nos encanta tenerte como miembro de la familia de asegurados MAPFRE!

Ahora que tú estás protegido por nosotros, ingresas a un mundo de bienestar del cual eres absoluto protagonista. Estaremos acompañándote permanentemente y atentos a cualquier sugerencia que tengas para mejorar tu experiencia.

- Condicionado de mi seguro de RC médica.
- Guía interactiva del asegurado.
- Certificado de seguro.
- Portafolio.

Recuerda que contamos con diferentes alternativas y medios de pago. Más información, haciendo clic aquí.

Ten siempre presente que tu asesor de confianza es:

CASA DE SEGUROS LTDA
Móvil: 8837380
Email: caperdo@mapfre.com.co

No olvides ingresar a clientes.mapfre.com.co para registrarte en la paltaforma de Autoservicio y gestionar desde allí todo tu relacionamiento con nosotros. Así mismo, ingresa a mapfretecuidamos.com.co para darte de alta en nuestro programa de beneficios exclusivos. También, haz clic y siguenos en nuestras redes para estar al tanto de

@mapfreco @MAPFRE_CO @MAPFREco

Vamos a estar muy bien juntos.
Cuenta con nosotros en cada momento.

#MAPFREMásCercaDeTi

**mapfre.com.co**

¿Necesitas Asistencia?
ESCANÉAME

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

| RAMO / PRODUCTO | CERTIFICADO | FACTURA | OFICINA MAPFRE | DIRECCION | CIUDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| 272 / 732 | 0 | 1 | CAJICA | CL 2 NO 4-39 C.C. ALEJANDRIA LOCAL 104 | CAJICA |
| **TOMADOR** | | **NIT / CC** | **DIRECCIÓN** | **CIUDAD** | **TELEFONO** |
| PRIETO GUERRERO ALEJANDRA | | 1099213466 | CL 182 # 45 - 46 | BOGOTA D.C. | 6654477 |
| **ASEGURADO** | | **NIT / CC** | **DIRECCIÓN** | **CIUDAD** | **TELEFONO** |
| PRIETO GUERRERO ALEJANDRA | | 1099213466 | CL 182 # 45 - 46 | BOGOTA D.C. | 6654477 |
| **ASEGURADO** | | **NIT / CC** | **DIRECCIÓN** | **CIUDAD** | **TELEFONO** |
| N.D. | | N.D. | N.D. | N.D. | |
| **BENEFICIARIO** | | **NIT / CC** | **DIRECCIÓN** | **CIUDAD** | **TELEFONO** |
| CUALQUIER TERCERO AFECTADO | | N.D. | N.D. | N.D. | N.D. |

## PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

| NOMBRE DEL PRODUCTOR | CLASE | CLAVE | TELEFONO | % PARTICIPACION |
|---|---|---|---|---|
| CASA DE SEGUROS LTDA | AGENCIA DEL | 97890 | 8837380 | 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 |
| 11 | 2 | 2026 | INICIACIÓN | 00:00 | 10 | 2 | 2026 | 365 | INICIACIÓN | 00:00 | 10 | 2 | 2026 | 365 |
| | | | TERMINACIÓN | 00:00 | 10 | 2 | 2027 | | TERMINACIÓN | 00:00 | 10 | 2 | 2027 | |

## INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

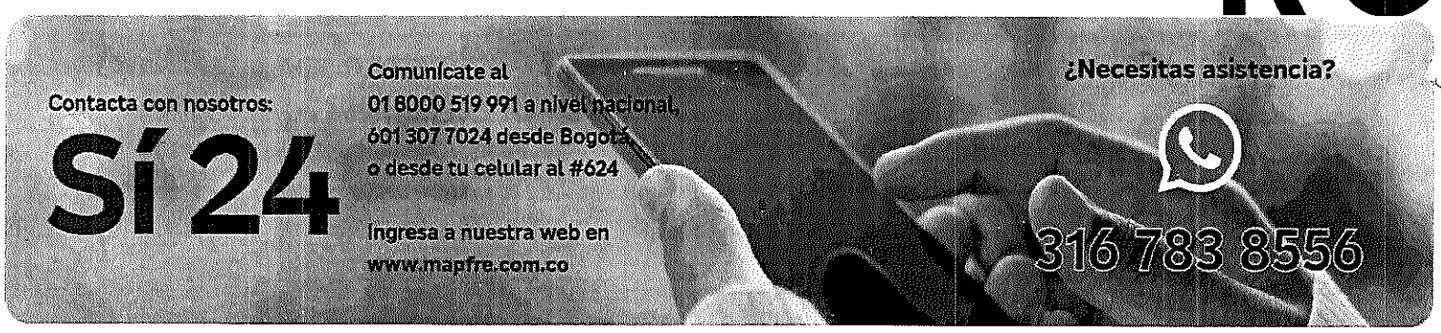
| | |
|---|---|
| ACTIVIDAD | MEDICINA GENERALSIN CIRUGIA |
| ESPECIALIDAD | MEDICINA GENERALSIN CIRUGIA |
| DIRECCION DEL RIESGO | |
| DEPARTAMENTO | CUNDINAMARCA |
| CIUDAD | CAJICA |




## COBERTURAS

| COBERTURAS | VALOR ASEGURADO | DEDUCIBLE |
|---|---|---|
| R.C. actos medicos - Medicos | $200.000.000,00 | 10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS) |
| Gastos de defensa | $80.000.000,00 | 10 % PERD |
| Responsabilidad Civil acto m. aux o dependiente | $200.000.000,00 | 10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS) |
| Asistencia medica emergencia | $200.000.000,00 | 10 % PERD |

Profesionalmente ... Seguro






co el Condicionado General Codigo:
75/2024-1326-P-06-00000VTE062MAY24-0
16052024

SMMLV: SALARIOS MÍNMOS 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

Estimado cliente, para conocer los condicionados del producto contratado y una amplia información sobre nuestros productos y servicios puede consultar la página web www.mapfre.com.co.

## VALORES COTIZACIÓN (PESOS COLOMBIANOS)

| TOTAL PRIMA NETA | GASTOS DE EXPEDICION | SUBTOTAL | VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| $ 161.534,00 | $ 20.000,00 | $ 181.534,00 | $ 34.491,00 | $ 216.025,00 |

*(415)7707289180029(8020)032069699489(3900)0000216025(96)20260210*

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES PÓLIZA

Observaciones SEGUN SGO 10212302

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, PRODUCIRÁ 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.

## CLAUSULAS

RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD.

COBERTURA CON BASE EN OCURRENCIA CON DOS AÑOS SUNSET.

AMPAROS

R.C COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER 'ACTO MÉDICO' 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, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO.

R.C. DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES (INCLUIDOS RIESGOS MORALES) SUBLIMITADO AL 50% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

GASTOS JUDICIALES SUBLIMITADO 40% DEL LIMITE ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA ESTE VALOR SE ENCUENTRA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO CONTRATADO Y NO EN EXCESO DE ÉSTE.

PLO (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES) EN EXCESO DE LA RC EXTRACONTRACTUAL SUBLIMITADO AL 20% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

DEDUCIBLES:

PARA LAS COBERTURAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL ACTOS MÉDICOS, RESPONSABILIDAD CIVIL ACTO MÉDICO AUXILIAR O DEPENDIENTE: 10 % PERD MIN $1.000.000 (PESOS COLOMBIANOS).

PARA DEMÁS EVENTOS: 10% PÉRDILA.

NO SE OTORGA

EXCLUSIÓN DE PANDEMIAS/EPIDEMIAS/ENFERMEDADES POR CORONAVIRUS.

R.C. EXTRACONTRACTUAL.

BIENES BAJO CUIDADO TENENCIA Y CONTROL.

RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE VALOR ASEGURADO.

ERRORES E INEXACTITUDES DIFERENTES AL 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 LIPOSUCCIÓN, LIPOESCULTURA, DERIVACIÓN INTESTINAL, O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITÚRICOS, SUS COMPONENTES Y/O DERIVADOS.

SE HACE CONSTAR QUE EL SOLICITANTE DE ESTE SEGURO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR ÍNTEGRAMENTE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE SE APLICARÁN EN LA PÓLIZA.

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.

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, COSTE 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 TRANSMISIBLE O EL TEMOR O LA AMENAZA (YA SEA REAL O PERCIBIDA) DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE CON INDEPENDENCIA DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA 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 CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE DESDE UN ORGANISMO CUALQUIERA A OTRO ORGANISMO, EN LA PRESENTE DEFINICIÓN:

2.1 LA SUSTANCIA O EL AGENTE INCLUYE, ENTRE OTROS, UN VIRUS, UNA BACTERIA, UN PARÁSITO U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACIÓN DE ESTOS, YA SEA QUE SE CONSIDEREN VIVOS O NO, Y

2.2 EL MÉTODO DE TRANSMISIÓN YA SEA DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYE, ENTRE OTROS, LA TRANSMISIÓN POR AIRE, LA TRANSMISIÓN POR FLUIDOS CORPORALES, LA TRANSMISIÓN DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE U OBJETO, SÓLIDO, LÍQUIDO O GAS O ENTRE ORGANISMOS. Y,

2.3 LA ENFERMEDAD, LA SUSTANCIA O EL AGENTE PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS A LA SALUD O AL BIENESTAR DE LAS PERSONAS O PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS, DETERIORO, PÉRDIDA DE VALOR, COMERCIABILIDAD O PÉRDIDA DE USO DE LOS BIENES.

Educación

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:*

# *Alejandra Prieto Guerrero*

## *CC 1099213466 de Bogotá D.C*

Realizó y aprobó el Curso Asesoría Interrupción Voluntaria del Embarazo con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-09-30
Fecha de vencimiento: 2028-09-30

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

Educación

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:*

# *Alejandra Prieto Guerrero*

## *CC 1099213466 de Bogotá D.C*

ealizó y aprobó el Curso en Promoción y Mantenimiento de la Salud - 3280 / 2018 y Resolución 295 d 2023

con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-09-28
Fecha de vencimiento: 2028-09-28

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

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

Educación

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:*

# *Alejandra Prieto Guerrero*

## *CC 1099213466 de Bogotá D.C*

Realizó y aprobó el Curso Higiene y Lavado de Manos
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-09-24
Fecha de vencimiento: 2028-09-24

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

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

Resultado General -2026-09-25-2:26:57 PM

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1099213466 | ALEJANDRA | PRIETO | GUERRERO | Vigente | Ver |

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ALEJANDRA PRIETO GUERRERO identificado(a) con CC 1099213466 registra La siguiente información:

2026-09-25-2:26:57 PM

Información Académica

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ESP | Local | ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA | 2026-03-17 | 151451 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |
| UNV | Local | MEDICINA | 2022-01-30 | 95579 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

Datos SSO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Presto SSO | Local | COLOMBIA\|BOYACÁ\|CHIQUINQUIRÁ | 2020-12-21 | 2021-12-20 | 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).

CATALEYA
Centro de Entrenamiento Médico

# CERTIFICADO

EL RECONOCIMIENTO A

## Alejandra Prieto Guerrero

COMPLETÓ SATISFACTORIAMENTE EL CURSO DE

## Soporte Vital Cardiovascular Avanzado (ACLS)

**Según los lineamientos de la American Heart Association y Cataleya SIE.**

Este curso certifica 48 horas de Educación médica no formal según Decreto 4904 de 2009

febrero 9, 2026
Fecha

Este certificado tiene vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de expedición.

Diana Barbosa
INSTRUCTOR

Alberto M. Diaz Sosa
COORDINADOR ACADEMICO

Calle 25 bis # 39-32 Barrio el Recuerdo
Bogotá. email: infocataleyarcp@gmail.com.

Certificación de la validez revisar QR
ó contactar al WhatsApp 3053779196

CATALEYA
Centro de Entrenamiento Médico

# CERTIFICADO

EL RECONOCIMIENTO A

## Alejandra Prieto Guerrero

COMPLETÓ SATISFACTORIAMENTE EL CURSO DE

Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual

**Con base en la resolución 459 de 2012 que adopta el Protocolo y Modelo De Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.**

Este curso certifica 48 horas de Educación médica no formal según Decreto 4904 de 2009.

febrero 8, 2026
*Fecha*

Este certificado tiene vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de expedición.

Diana Barbosa
INSTRUCTOR

Alberto M. Diaz Sosa
COORDINADOR ACADÉMICO

Calle 25 bis # 39-32 Barrio el Recuerdo
Bogotá. email: infocataleyarcp@gmail.com.

Certificación de la validez revisar QR
ó contactar al WhatsApp 3053779196

CATALEYA
Centro de Entrenamiento Médico

# CERTIFICADO

EL RECONOCIMIENTO A

## Alejandra Prieto Guerrero

COMPLETÓ SATISFACTORIAMENTE EL CURSO DE

## Manejo de situaciones de duelo

**Según los lineamientos de Cataleya SIE.**

Este curso certifica 48 horas de Educación médica no formal según Decreto 4904 de 2009

febrero 8, 2026
*Fecha*

Este certificado tiene vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de expedición.

Liliana Florez
INSTRUCTOR

Alberto M. Diaz Sosa
COORDINADOR ACADEMICO

Calle 25 bis # 39-32 Barrio el Recuerdo
Bogotá. email: infocataleyarcp@gmail.com

Certificación de la validez revisar QR
ó contactar al WhatsApp 3053779196

CATALEYA
Centro de Entrenamiento Médico

# CERTIFICADO

EL RECONOCIMIENTO A

## Alejandra Prieto Guerrero

COMPLETÓ SATISFACTORIAMENTE EL CURSO DE

Atención Integral a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos

**Según los lineamientos de la Resolución 4568 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia**

Este curso certifica 48 horas de Educación médica no formal según Decreto 4904 de 2009.

febrero 8, 2026
*Fecha*

Este certificado tiene vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de expedición.

Diana Barbosa
INSTRUCTOR

Alberto M. Diaz Sosa
COORDINADOR ACADEMICO

Calle 25 bis # 39-32 Barrio el Recuerdo
Bogotá. email: infocataleyarcp@gmail.com

Certificación de la validez revisar QR
ó contactar al WhatsApp 3053779196

GESTIÓN DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

"CELAPH COLOMBIA"
Centro de entrenamiento latinoamericano en APH

CELAPH COLOMBIA

CENTRO DE ENTRENAMIENTO LATINOAMERICANO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA
NIT No 901411057-1 / En cumplimiento del Decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Del Ministerio de Educación Nacional

CONFIERE CERTIFICADO A

# ALEJANDRA PRIETO GUERRERO

Identificado con C.C. N°. 1.099.213.466
Cursó y aprobó el curso en:

***"GESTIÓN DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS"***

DURACIÓN: 120 HORAS

Realizado con CELAPH COLOMBIA S.A.S

Dado el día 09 de Febrero de 2026

Valido hasta 24 meses

Froilán A. Rincón Avella
Director Académico

Diana Marcela Arciniegas
Representante Legal

CDA/0902026

En cumplimiento del Decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Para validación: **www.celaphcolombia.com**

Educación

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:*

# *Alejandra Prieto Guerrero*

## *CC 1099213466 de Bogotá D.C*

Realizó y aprobó el Curso Manejo de Pruebas en Punto de Atención - Point of Care Testing (POCT) con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-09-22
Fecha de vencimiento: 2028-09-22

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 Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Medicenter
Nit. 901.704.533-4

# CERTIFICA QUE

## ALEJANDRA PRIETO GUERRERO

Identificado con cédula de ciudadanía Nº. 1099213466

**Aprobó el curso básico en:**

ASESORÍA Y PRUEBA VOLUNTARIA DE VIH PRE Y POS (APV)

Con una intensidad horaria de 45 horas

Este certificado es expedido en la ciudad de Neiva a los 10 días del mes de septiembre del 2026 y se expide mediante el marco normativo para la educación informal y no conduce a titulo alguno o certificación de aptitud ocupacional.

**LUISA FERNANDA CERQUERA ORTIZ**
**Gerente**

**Estado de vigencia: Vence en un (1) año desde su fecha de expedición**

**DECRETO 1075 DE 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / RESOLUCION 3100 DE 2019 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD**

55372a32-6853-46ac-816d-60d5e9d78ab7

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *Alejandra Prieto Guerrero*

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: 95,00 %

22 de marzo de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

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

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/customcertificate/verify.php?code=55372a32-6853-46ac-816d-60d5e9d78ab7

# MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S
## NIT 901.704.533-4

# CERTIFICA QUE

## ALEJANDRA PRIETO GUERRERO

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1099213466

**Asistió al curso Básico:**

**ATENCIÓN INTEGRADA DE ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA CLÍNICO (AIEPI)**

Con una intensidad horaria de 45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 2 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

**Luisa Fernanda Cerquera Ortiz**
**Gerente**

**ESTADO DE VIGENCIA: VENCE EN UN (1) AÑO DESDE SU FECHA DE EXPEDICIÓN**

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

## Certificado de vacunación

Nombres: Alejandra

Apellidos: Prieto Guerrero

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

No. 1.099.213.466

Fecha de nacimiento: Día 23 Mes 09 Año 1995

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 30/03/21 | CoronaVac COVID-19 Vaccine (Vero Cell), Inactivated Administration: Intramuscular 1 dose: 0.5mL/vial Each dose (0.5 mL) contains SARS-CoV-2 antigen of 600 SU. Store between +2°C and +8°C and protect from light. Do not freeze. Lot No.: E202102011 Exp.Date: 2024 02 14 SINOVAC LIFE SCIENCES CO., LTD. Sinovac | | HRCH | Diana Suarez | 46680281. |
| | 2 | 04-5-21 | CoronaVac COVID-19 Vaccine (Vero Cell), Inactivated Administration: Intramuscular 1 dose: 0.5mL/vial Each dose (0.5 mL) contains SARS-CoV-2 antigen of 600 SU. Store between +2°C and +8°C and protect from light. Do not freeze. Lot No.: K202103011 Exp.Date: 2024 03 10 SINOVAC LIFE SCIENCES CO., LTD. Sinovac | | HRCH | Teresa Forero | 23494108 |
| | | 26-11-21 | Moderna | J17J21A | ~~UGH~~ Hospital | Deisy Suarez | 1049603337 |

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010645304

Fecha de generación del carné: jueves, 24 de febrero de 2022 10:41 a.m.

Datos del Vacunado

| | |
|---|---|
| Tipo de identificación: | Cédula de Ciudadanía |
| Número de identificación: | 1099213466 |
| Nombres y Apellidos | ALEJANDRA PRIETO GURRERO |
| Fecha de nacimiento: | 23/09/1995 |

| Vacuna | Dosis | Fecha | Nombre comercial | Lote | Institución vacunadora |
|---|---|---|---|---|---|
| Anti - Rábica | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| Anti - Rábica profiláctica | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| BCG | Única | | | | |
| COVID - 19 | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| | Única | | | | |
| DPT | Única | | | | |
| DPT Acelular | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| | Única | | | | |
| Fiebre amarilla | Primera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Fiebre tifoidea | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| Hepatitis A | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| Hepatitis A, Hepatitis B | Primera dosis | 05/01/2016 | Twinrix | AHABB331A1 | |
| Hepatitis B | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Hepatitis B segundo esquema | Primera dosis | | | | |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010645304

Fecha de generación del carné: jueves, 24 de febrero de 2022 10:41 a.m.

Datos del Vacunado

| | |
|---|---|
| Tipo de identificación: | Cédula de Ciudadanía |
| Número de identificación: | 1099213466 |
| Nombres y Apellidos | ALEJANDRA PRIETO GURRERO |
| Fecha de nacimiento: | 23/09/1995 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B segundo esquema | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Influenza | Única | | | | |
| Meningococo | Única | | | | |
| Meningococo Conjugado | Única | 05/01/2016 | Menactra | U617BF | |
| Meningococo Polisacárido | Primera dosis | | | | |
| Neumo Conjugado | Única | | | | |
| Neumo Polisacárido | Primera dosis | 24/09/2018 | pneumovax 23 | LO42608 | |
| Neumococo | Primera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Sarampión y Rubéola | Primera dosis | | | | |
| | Adicional | | | | |
| Td | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Toxoide Tetánico | Primera dosis | 06/02/2019 | Tetanol Pur | AT038D1B | CRUZ ROJA COLOMBIANA SEDE SAMU CALLE 145 |
| | Segunda dosis | 23/02/2022 | Vacuna Antitetánica | 22080120A | CRUZ ROJA COLOMBIANA SEDE PLAZA DE LAS AMERICAS |
| Toxoide Tetánico Diftérico | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Triple viral | Primera dosis | 24/09/2018 | Priorix | A69CE718A | |
| | Primera dosis | | | | |
| Varicela | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Varicela + Triple Viral | Única | | | | |
| VPH Bivalente | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010645304

Fecha de generación del carné: jueves, 24 de febrero de 2022 10:41 a.m.

Datos del Vacunado

| | |
|---|---|
| Tipo de identificación: | Cédula de Ciudadanía |
| Número de identificación: | 1099213466 |
| Nombres y Apellidos | ALEJANDRA PRIETO GURRERO |
| Fecha de nacimiento: | 23/09/1995 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VPH Bivalente | Tercera dosis | | | | |
| VPH Nona Valente | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| VPH Tetravalente | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |

Educación

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:*

# *Alejandra Prieto Guerrero*

## *CC 1099213466 de Bogotá D.C*

Realizó y aprobó el Curso en Promoción y Mantenimiento de la Salud - 3280 / 2018 y Resolución 295 del 2023
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2026-09-28
Fecha de vencimiento: 2028-09-28

Verificación:

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
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