MUNICIPIO DE ALEJANDRÍA NIT: 890.983.701-1	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DOCUMENTOS DE ORDEN LEGAL	Código: PDO Versión: 01 Página **1** de **2**

DOCUMENTO	ADJUNTA		
	SI	NO	N/A
1. Carta de presentación de la oferta: suscrita por el proponente	X		
2.Fotocopia de la Cedula de Ciudadanía	X		
3. La proponente persona jurídica deberá acreditar su existencia y representación legal mediante el certificado expedido por la cámara de comercio. expedido no mayor a treinta (30) días anteriores al cierre del presente proceso de selección.			X
4. Copia de registro único tributario (RUT).	X		
5.Certificado de antecedentes fiscal emitido por la Contraloría General de la República (Igual requisito deberá cumplir el representante legal de las personas jurídicas).	X		
6. Certificado de antecedentes disciplinarios emitido por la Procuraduría General de la Nación (Igual requisito deberá cumplir el representante legal de las personas jurídicas).	X		
7. Certificado de antecedentes penales emitido por la Policía Nacional (Igual requisito deberá cumplir el representante legal de las personas jurídicas).	X		
8. Certificado de antecedentes del sistema nacional de medidas correctivas ley 1801 de 2016 (Igual requisito deberá cumplir el representante legal de las personas jurídicas).	X		
9.Certiicado REDAM (Igual requisito deberá cumplir el representante legal de las personas jurídicas).	X		
10. Persona natural: Acreditar que se encuentra afiliado al sistema de seguridad social y/o pago de la seguridad social (certificación de afiliación a EPS- ARP y ARL). Articulo 23 ley 1150 de 2007. 10. Persona jurídica: Acreditar que se encuentra al día en los aportes de seguridad social EPS- ARP y ARL) y aportes parafiscales (Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar) durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de nuestra propuesta para el presente.	X		X
11.Tener resuelta o definida su situación militar, anexar certificación o Libreta Militar			X
12.Formato único de Hoja de vida (Departamento Administrativo de la Función Pública SIGEP II)	X		
13. Declaración ley 2013	X		
14. Carta de no estar incurso en inhabilidades e incompatibilidades consagradas en la constitución o la ley para suscribir el correspondiente contrato (es un documento que elabora el contratista y llevará su firma	X		
15. Certificado de compromiso anticorrupción	X		
16. Certificado de (multas y sanciones)	X		
17. Compromiso de pacto de integridad y transparencia debidamente firmado.	X		
18. Certificado del artículo 3.2.7.5 del decreto 1273 de 2018. (aplica solo a persona natural)	X		
19. Autorización a la entidad, para indagar si se encuentra inscrito en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad (Solo para personal que tenga relación directa y habitual con menores).	X		

20. Certificados académicos que acrediten la idoneidad para cumplir con el objeto contractual (Copia de diplomas, acta de grado, tarjeta profesional contadores, abogados e ingenieros etc)	X		
21.Certificados de experiencia (Uno o más certificados)	X		
22. Examen médico PREOCUPACIONAL (Ley 1562 de 2012) vigente	X		
23.Paz y Salvo Municipal	X		
24. Certificación bancaria	X		
25.Plan anual de adquisiciones	X		
26.Pantallazo registro II	X		

ROL	CARGO	NOMBRE	FIRMA
Revisó y aprobó	Secretaria de Salud y Bienestar Social	GLADYS CECILIA OCAMPO AGUDELO	
El arriba firmante declara que ha revisado el documento y lo encontró ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo su responsabilidad lo presenta para firma.			

Alejandría, Octubre 9 de 2026

Doctora
GLORIA CECILIA NARANJO
Alcaldesa municipal de Alejandría, Antioquia

Doctora
GLADIS CECILIA CAMPO AGUDELO
Secretaria de salud y bienestar social
Municipio Alejandría, Antioquia

OBJETO GENERAL DE LA PROPUESTA, ÁREA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA FORTALECER LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS MAYORES BENEFICIARIAS DEL CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA PERSONAS MAYORES (CPSAM) Y DEL CENTRO VIDA DEL MUNICIPIO DE ALEJANDRÍA, MEDIANTE ACTIVIDADES DE APOYO ASISTENCIAL Y CUIDADO BÁSICO, DE ACUERDO CON LA FORMACIÓN Y LAS COMPETENCIAS PROPIAS DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA, EN DESARROLLO DEL PROYECTO BPIN 2024050210031.

OBJETO ESPECIFICO DE LA PROPUESTO

1. Brindar apoyo técnico-asistencial, conforme a su formación como auxiliar de enfermería, en las acciones de atención integral básica, cuidado y acompañamiento a las personas mayores de 60 años beneficiarias del Centro Vida Día y residentes del CPSAM

2. Apoyar el seguimiento de las condiciones generales de salud de las personas mayores, mediante la identificación y reporte oportuno de signos, síntomas, novedades o situaciones que requieran atención o valoración.

3. Apoyar las actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y fomento de estilos de vida saludable dirigidas a las personas mayores vinculadas al Centro Vida Día.

4. Desarrollar actividades de orientación y educación en autocuidado, hábitos saludables, prevención de riesgos y cuidado de la salud, de acuerdo con su formación y competencias.

5. Apoyar las acciones de cuidado, estimulación y mantenimiento de las capacidades funcionales de las personas mayores, promoviendo su autonomía, independencia y bienestar.

6. Brindar acompañamiento en las actividades físicas, recreativas, culturales y ocupacionales del Centro Vida Día, cuando se requiera apoyo relacionado con el cuidado y la seguridad de las personas mayores.

7. Identificar y reportar oportunamente cambios en las condiciones físicas, funcionales, emocionales o comportamentales de las personas mayores atendidas en el Centro Vida Día y el CPSAM.

8. Apoyar las actividades de cuidado y atención integral básica de las personas mayores residentes en el CPSAM, conforme a sus necesidades individuales y dentro de sus competencias.

9. Apoyar la administración de medicamentos a las personas mayores residentes en el CPSAM, de acuerdo con las prescripciones médicas, protocolos e indicaciones establecidas, dejando los registros correspondientes.

10. Apoyar la organización y actualización de los registros de cuidado y administración de medicamentos de los residentes del CPSAM, incluyendo el kardex y demás instrumentos establecidos.

11. Apoyar la gestión y seguimiento de las necesidades de atención en salud de los residentes del CPSAM, relacionadas con citas, controles, procedimientos, remisiones, medicamentos e indicaciones médicas.

12. Preparar y mantener organizada la información y documentación requerida para la atención en salud de las personas mayores residentes en el CPSAM, favoreciendo la continuidad de su atención.

13. Identificar y reportar novedades relacionadas con la alimentación, hidratación y tolerancia a los alimentos de las personas mayores atendidas en el Centro Vida Día y el CPSAM.

14. Apoyar la articulación y coordinación de las acciones de cuidado, atención y seguimiento requeridas para el adecuado desarrollo de los servicios del Centro Vida Día y el CPSAM.

15. Mantener organizados y actualizados los registros, informes, formatos y evidencias de las actividades desarrolladas en cumplimiento del objeto contractual, así como realizar actividades complementarias directamente relacionadas con este, dentro del ámbito de sus competencias.

VALOR DE LA PROPUESTA: Ocho millones setecientos (8.700.000)

DATOS PERSONALES

NOMBRE: Martha Cecilia Fuentes Guerra
ESTADO CIVIL: Unión libre
CELULAR: 3003895247

RESUMEN ESTUDIOS: Auxiliar de enfermería
SEGURIDAD SOCIAL: La asumo en su totalidad
DURACIÓN DEL CONTRATO: DOS MESES (2) Y VEINTISIETE (27) DIAS
FORMA DE PAGO: Mes vencido, una vez entregada la evidencia del cumplimiento de las obligaciones contractuales.

Por ser un contrato de prestación de servicios, no se causa relación laboral alguna y sólo se genera el pago de honorarios.

Disposición inmediata para entrevista en forma personal y resolver sus inquietudes.

Atentamente

Martha cecilia Fuentes Guerra
MARTHA CECILIA FUENTES GUERRA
CC. 39.310.343

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO **39.310.343**

FUENTES GUERRA

APELLIDOS

MARTHA CECILIA

NOMBRES

Martha C. Fuentes G.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **18-ABR-1975**

NECOCLI
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

07-FEB-1994 CHIVOLO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0104900-00173256-F-0039310343-20090827 0015499572A 4 2170013600

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141116297826

(415)7707212489984(8020) 000014111629782 6

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

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Antioquia 0 5	Turbo 8 3 7

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FUENTES	GUERRA	MARTHA	CECILIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Bello 0 8 8

41. Dirección principal
CR 58 A 53 39 IN 118 BRR CARMELO

42. Correo electrónico Dayanaarbelaezfuentes230@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 1 0	2 0 2 4 0 8 0 1	8 6 2 1	2 0 2 4 0 8 0 1				5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024-08-17 / 12:01:39PM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre FUENTES GUERRA MARTHA CECILIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 06 de octubre de 2026, a las 16:20:21, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	39310343
Código de Verificación	39310343261006162021

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 304355261

PIB
16:27:52

Bogotá DC, 06 de octubre 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) MARTHA CECILIA FUENTES GUERRA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 39310343:

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 Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

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

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:51:46 PM horas del 06/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **39310343**

Apellidos y Nombres: **FUENTES GUERRA MARTHA CECILIA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

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, 06/10/2026 04:26:05 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **39310343** y Nombre: **MARTHA CECILIA FUENTES GUERRA.**

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. **149097396** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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 39310343 **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 06/10/2026 04:44 PM

Código Verificación: **YRHVFS4UQ7**

Válida hasta: **06/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

CERTIFICA

Que **MARTHA CECILIA FUENTES GUERRA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **39310343** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 39310343
NOMBRES Y APELLIDOS	MARTHA CECILIA FUENTES GUERRA
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	13/10/2026
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **16/10/2026**

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 OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARTHA CECILIA FUENTES GUERRA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **39.310.343**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 6 de Octubre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

Medellín, 20 de october de 2026

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que MARTHA CECILIA FUENTES GUERRA identificado(a) con cédula de ciudadanía 39310343 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 21/10/2026 **Fecha fin cobertura:** 30/12/2026

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

MUNICIPIO DE ALEJANDRIA N890983701

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1841201 - ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, INCLUYE EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES GUBERNAMENTALES DE CARÁCTER EJECUTIVO, DESARROLLADAS POR LOS ÓRGANOS Y ORGANISMOS CENTRALES, REGIONALES Y LOCALES

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - ATENCIÒN A POBLACION VULNERABLE Y ADULTO MAYOR

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3869201 - ACTIVIDADES DE APOYO TERAPÉUTICO, INCLUYE ACTIVIDADES DE ENFERMEROS, FISIOTERAPEUTAS, TERAPISTAS RESPIRATORIOS, TERAPISTAS OCUPACIONALES, FONOAUDIÓLOGOS U OTRO PERSONAL PARAMÉDICO COMO ENFERMEROS ESCOLARES, TERAPEUTAS DENTALES E HIGIENISTAS DENTALES, QUE PUEDEN ATENDER PACIENTES SIN LA PRESENCIA DEL MÉDICO U ODONTÓLOGO, PERO SON SUPERVISADOS PERIÓDICAMENTE POR ESTOS; LAS ACTIVIDADES DE PERSONAL PARAMÉDICO ESPECIALIZADO EN OPTOMETRÍA, NUTRICIÓN; PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO TERAPÉUTICO REMITIDO POR EL PERSONAL MÉDICO U ODONTOLÓGICO, PARA LA REHABILITACIÓN FÍSICA Y MENTAL, REALIZADA FUERA DE LA ACTIVIDAD DE LOS HOSPITALES Y CLÍNICAS CON INTERNACIÓN, ESTAS ACTIVIDADES PUEDEN REALIZARSE A PACIENTES EXTERNOS O AMBULATORIOS, EN CONSULTORIOS PRIVADOS, CENTROS MÉDICOS, PUESTOS DE SALUD, CLÍNICAS ASOCIADAS CON EMPRESAS, ESCUELAS, HOGARES PARA ANCIANOS, ORGANIZACIONES SINDICALES Y ASOCIACIONES PROFESIONALES, ASÍ COMO EN EL DOMICILIO DE LOS PACIENTES; TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DE LENGUAJE

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3869201 - ACTIVIDADES DE APOYO TERAPÉUTICO, INCLUYE ACTIVIDADES DE ENFERMEROS, FISIOTERAPEUTAS, TERAPISTAS RESPIRATORIOS, TERAPISTAS OCUPACIONALES, FONOAUDIÓLOGOS U OTRO PERSONAL PARAMÉDICO COMO ENFERMEROS ESCOLARES, TERAPEUTAS DENTALES E HIGIENISTAS DENTALES, QUE PUEDEN ATENDER PACIENTES SIN LA PRESENCIA DEL MÉDICO U ODONTÓLOGO, PERO SON SUPERVISADOS PERIÓDICAMENTE POR ESTOS; LAS ACTIVIDADES DE PERSONAL PARAMÉDICO ESPECIALIZADO EN OPTOMETRÍA, NUTRICIÓN; PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO TERAPÉUTICO REMITIDO POR EL PERSONAL MÉDICO U ODONTOLÓGICO, PARA LA REHABILITACIÓN FÍSICA Y MENTAL, REALIZADA FUERA DE LA ACTIVIDAD DE LOS HOSPITALES Y CLÍNICAS CON INTERNACIÓN, ESTAS ACTIVIDADES PUEDEN REALIZARSE A PACIENTES EXTERNOS O AMBULATORIOS, EN CONSULTORIOS PRIVADOS, CENTROS MÉDICOS, PUESTOS DE SALUD, CLÍNICAS ASOCIADAS CON EMPRESAS, ESCUELAS, HOGARES PARA ANCIANOS, ORGANIZACIONES SINDICALES Y ASOCIACIONES PROFESIONALES, ASÍ COMO EN EL DOMICILIO DE LOS PACIENTES; TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DE LENGUAJE

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3869201

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Dirección IP: 186.159.3.122, 198.143.52.12, 172.16.42.57

FORMATO COMPLETO

Libertad y Orden

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Fuentes	Guerra	Martha Cecilia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 39310343	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA DIA 18 MES 04 AÑO 1975		CALLE 20 18 23			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	ANTIOQUIA
DEPTO	ANTIOQUIA	MUNICIPIO	ALEJANDRÍA		
MUNICIPIO	NECOCLÍ	TELÉFONO		EMAIL	marthacecifuentes1994@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1994

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X		AUXILIAR EN ENFERMERIA	07	2002	

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL PRESBITERO LUIS FELIPE ARBELAEZ			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: ALEJANDRÍA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 8660077	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	21	Mes	07	Año	2025	Día	20	Mes	11	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: AREA DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN: CARRERA 19 16 70						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL PRESBITERO LUIS FELIPE ARBELAEZ			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: ALEJANDRÍA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 8660077	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	13	Mes	01	Año	2025	Día	31	Mes	03	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: ASISTENCIAL ENFERMERIA					DIRECCIÓN: CARRERA 19 16 70						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL PRESBITERO LUIS FELIPE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ALEJANDRÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8660077	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	08	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXIIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 19 16 70					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*	*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*					

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento 9 de Octubre

Martha cecilia Fuentes Guerra

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

9 de Octubre

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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	2026-10-09 18:08

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARTHA	CECILIA	FUENTES	GUERRA

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	39310343

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ANTIOQUIA	TURBO

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ANTIOQUIA	ALEJANDRÍA

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	ALCALDIA DE ALEJANDRIA

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ANTIOQUIA	ALEJANDRÍA

Dirección	["Calle 20 No 19-36"]
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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JAIRO	ALBERTO	ARBELÁEZ	GIRALDO

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 15453070

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:

CERTIFICADO DE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES O CONFLICTOS DE INTERES

Señores
Municipio de ALEJANDRIA

La Suscrita, MARTA CECILIA FUENTES GUERRA Identificado con C.C Nro. 39.310.343

CERTIFICA

Que conozco las causales de inhabilidades e incompatibilidades para contratar con entidades estatales, de conformidad con los artículos 8º y siguientes de la Ley 80 de 1993 y sus decretos reglamentarios; ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011, así mismo, que conozco las sanciones establecidas por transgresión a éstas, descritas en los artículos 26 numeral 7º y 52; de igual manera, que conozco los efectos legales consagrados en el artículo 44, numeral 1 de la Ley 80 de 1993.

Declaro bajo la gravedad del juramento, el cual se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas, ni tampoco la sociedad que represento, para celebrar el contrato de PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION

Dado en el Municipio de Alejandría, los Nueve (09) días del mes de octubre de 2026

Marta Cecilia Fuentes G
MARTA CECILIA FUENTES GUERRA
C.C. Nro. 39.310.343

FORMATO COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

El suscrito, MARTA CECILIA FUENTES GUERRA manifiesto que:

1. Apoyamos la acción del Estado colombiano y de la Entidad Contratante para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.

2. No estamos en causal de inhabilidad alguna para celebrar el contrato cuyo objeto es: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA FORTALECER LA ATENCION INTEGRAL DE LAS PERSONAS MAYORES BENEFICIARIAS DEL CENTRO DE PROTECCION SOCIAL PARA PERSONAS MAYORES (CPSAM) Y DEL CENTRO VIDA DEL MUNICIPIO DE ALEJANDRIA, MEDIANTE ACTIVIDADES DE SPOYO ASISTENCIAL Y CUIDADO BASICO, DE ACUERDO CON LA FORMACION Y LAS COMPETENCIAS PROPIAS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA, EN DESARROLLLO DEL PROYECTO BPIN 2024050210031

3. Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.

4. Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el contrato cuyo objeto es: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA FORTALECER LA ATENCION INTEGRAL DE LAS PERSONAS MAYORES BENEFICIARIAS DEL CENTRO DE PROTECCION SOCIAL PARA PERSONAS MAYORES (CPSAM) Y DEL CENTRO VIDA DEL MUNICIPIO DE ALEJANDRIA, MEDIANTE ACTIVIDADES DE SPOYO ASISTENCIAL Y CUIDADO BASICO, DE ACUERDO CON LA FORMACION Y LAS COMPETENCIAS PROPIAS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA, EN DESARROLLLO DEL PROYECTO BPIN 2024050210031

5. Nos comprometemos a revelar la información que sobre el contrato cuyo objeto es: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA FORTALECER LA ATENCION INTEGRAL DE LAS PERSONAS MAYORES BENEFICIARIAS DEL CENTRO DE PROTECCION SOCIAL PARA PERSONAS MAYORES (CPSAM) Y DEL CENTRO VIDA DEL MUNICIPIO DE ALEJANDRIA, MEDIANTE ACTIVIDADES DE SPOYO ASISTENCIAL Y CUIDADO BASICO, DE ACUERDO CON LA FORMACION Y LAS COMPETENCIAS PROPIAS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA, EN DESARROLLLO DEL PROYECTO BPIN 2024050210031

6. Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.

7. Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días 9 del mes de OCTUBRE de 2026.

Martha e Fuentes G.

MARTA CECILIA FUENTES GUERRA
C.C. Nro. 39.310.343

FORMATO

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE MULTAS Y SANCIONES

Señores
MUNICIPIO DE ALEJANDRIA

ASUNTO: DECLARACIÓN DE MULTAS Y/O SANCIONES

MARTA CECILIA FUENTES GUERRA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 39.310.343, declaro bajo gravedad de juramento, que la firma que represento, ni los socios de esta, **no** han sido objeto de multas y/o sanciones a consecuencia de incumplimientos, en los términos del articulo 43 de la ley 1955 de 2019, modifícatorio del artículo 90 de la Ley 1474 de 2011:

a) Haber sido objeto de imposición de cinco (5) o más multas durante la ejecución de uno o varios contratos, con una o varias entidades estatales, durante los últimos tres (3) años;

b) Haber sido objeto de declaratorias de incumplimiento contractual en por lo menos dos (2) contratos, con una o varias entidades estatales, durante los últimos tres (3) años;

c) Haber sido objeto de imposición de dos (2) multas y un (1) incumplimiento durante una misma vigencia fiscal, con una o varias entidades estatales.

La inhabilidad se extenderá por un término de tres (3) años, contados a partir de la publicación del acto administrativo que impone la inscripción de la última multa o incumplimiento en el Registro Único de Proponentes, de acuerdo con la información remitida por las entidades públicas. La inhabilidad pertinente se hará explícita en el Registro Único de Proponentes cuando a ello haya lugar.

Dado a los (09) días, del mes de OCTUBRE del año 2026.

Martha e Fuentes G.
MARTA CECILIA FUENTES GUERRA
C.C. Nro. 39.310.343

FORMATO
PACTO DE INTEGRIDAD y TRANSPARENCIA

1. El suscrito MARTA CECILIA FUENTES GUERRA, ante la opinión pública nacional e internacional, como CONTRATISTA, en el CONTRATO cuyo objeto es "PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA FORTALECER LA ATENCION INTEGRAL DE LAS PERSONAS MAYORES BENEFICIARIAS DEL CENTRO DE PROTECCION SOCIAL PARA PERSONAS MAYORES (CPSAM) Y DEL CENTRO VIDA DEL MUNICIPIO DE ALEJANDRIA, MEDIANTE ACTIVIDADES DE SPOYO ASISTENCIAL Y CUIDADO BASICO, DE ACUERDO CON LA FORMACION Y LAS COMPETENCIAS PROPIAS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA, así como de todos los funcionarios y asesores que directa o indirecta, formal o accidentalmente han determinado nuestra participación en este contrato, o intervenido en la preparación de nuestra propuesta para participar en este proceso y por otra LOS FUNCIONARIOS Y ASESORES de LA ENTIDAD que directa, indirecta, formal o accidentalmente han participado y/o participaran en la estructuración técnica, económica y jurídica del presente proceso de contratación, o en su trámite, impulso, revisión, y definición, hemos acordado suscribir el presente PACTO DE INTEGRIDAD, teniendo en cuenta que en Colombia todas las formas de corrupción son ilegales, y que el Estado procesa y continuará procesando a los infractores. Sin perjuicio del cumplimiento de la Ley colombiana, el Pacto de Integridad se enfoca en el compromiso de no sobornar con el fin de obtener ni retener un convenio u otra ventaja impropia, incluyendo la colusión con otros con el fin de limitar la competencia para este Contrato, y la actuación desleal y contraria a la libre competencia y al interés de propiciar la selección objetiva dentro de las instancias del proceso de contratación. Lo anterior incluye cualquier tipo de pagos, dadivas u otros favores ofrecidos o concedidos, de manera directa o a través de terceros a funcionarios o asesores de LA ENTIDAD.

La persona participante y de LA ENTIDAD, asignan importancia a la presentación de propuestas en un entorno libre, imparcial, competitivo y no sujeto a abuso. A la empresa le complace confirmar que:

- No han ofrecido o concedido, ni han intentado ofrecer o conceder y no ofrecerán ni concederán, ni directa ni indirectamente mediante agentes o terceros, ninguna inducción o recompensa impropias a ningún funcionario o asesor de LA ENTIDAD sus parientes, o socios de negocios, con el fin de obtener o retener este convenio u otra ventaja impropia, y
- No han coludido y no coludirán con otros con el fin de limitar indebidamente la competencia para este convenio. La empresa comprende la importancia material de estos compromisos para LA ENTIDAD y la seriedad de los mismos.
- Por su parte los FUNCIONARIOS O ASESORES de LA ENTIDAD, también confirman que no han pedido ni aceptado, ni pedirán ni aceptarán, de manera directa o a través de terceros, ningún pago u otro favor por parte de la empresa participante a cambio de favorecerlos en la obtención o retención del convenio.
- La empresa participante desarrolla sus actividades en el marco de principios éticos de comportamiento y se comprometen a tomar las medidas necesarias a fin de que este compromiso de no soborno sea acatado por todos sus gerentes y empleados, así como por todos los terceros que trabajan con esta compañía en este proyecto, incluyendo agentes, consultores y suboferentes.
- Este compromiso se presenta en nombre y de parte del proponente.
- Con respecto a la presentación de la propuesta, la persona participante se compromete a estructurar una propuesta seria, con información fidedigna y con una oferta económica ajustada a la realidad que asegure la posibilidad de prestar el servicio en las condiciones de calidad y oportunidad exigidas en el pliego.
- La persona participante declara públicamente que conoce y acepta las condiciones de participación establecidas en los Documentos del proceso de contratación y en las modificaciones que se han hecho a los mismos hasta la fecha de cierre del proceso de contratación, en términos de su transparencia y equidad.

El PROPONENTE firma el presente documento en la fecha de presentación de su propuesta, en LA ENTIDAD, al 09 de OCTUBRE de 2026.

Martha C Fuentes G.

MARTA CECILIA FUENTES GUERRA
C.C. Nro. 39.310.343

FORMATO

REPORTE DE INFORMACION

MARTA CECILIA FUENTES GUERRA GUERRA, identificada con la cedula de ciudadanía numero 39.310.343, dando cumplimiento al **artículo 3.2.7.5.** del **Decreto Nacional 1273 de 2018,** informo:

BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO

	SI	NO
1. Ostento la calidad de pensionado y tengo requisitos cumplidos para pensión o por disposiciones legales no está obligado a cotizar a pensiones.		X
2. Cotizo por otros ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaría, mesadas pensionales, independiente por cuenta propia u otros contratos, indicando el Ingreso Base de Cotización (IBC) en cada uno de ellos.		X
3. Totalidad de mis ingresos mensuales son iguales o superiores a cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes producto de otros ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, independiente por cuenta propia u otros contratos. Si existe obligación de realizar la retención de aportes al Fondo de Solidaridad Pensional (FSP), la entidad contratante efectuará el aporte al FSP sobre el IBC del respectivo contrato.		X
4. Cotizo por el límite máximo de cotización de veinticinco (25) salarios mínimos mensuales legales vigentes.		X
5. El porcentaje sobre el cual se deba aplicar la retención, si decide efectuar aportes por un Ingreso Base de Cotización (JBCJ superior al 40% del valor mensualizado del contrato.		X
6. Pertenezco a un Régimen Especial o de Excepción en salud, y por tal razón el pago de la cotización a salud debe realizarse de manera directa a la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) de conformidad con lo establecido por el artículo 2.1.13.5 del presente decreto.		X
7. Deseo efectuar voluntariamente aportes a una Caja de Compensación Familiar.		X
8. Voy a realizar aportes de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) adicional.		X
9. Efectué traslado en alguna de las entidades administradoras del Sistema de Seguridad Social Integral o de caja de compensación familiar.		X

Martha C Fuentes Guerra

MARTA CECILIA FUENTES GUERRA

C.C. Nro. 39.310.343

AUTORIZACIÓN DEL CONTRATISTA, PARA INDAGAR SI ME ENCUENTRO INSCRITO EN EL REGISTRO DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA PERSONAS MENORES EDAD

(Solo para personal que tenga relación directa y habitual con menores)

La Suscrito (a), MARTA CECILIA FUENTES GUERRA
identificado con C.C Nro. 39.310.343

AUTORIZA

A LA ADMINISTRACION CENTRAL DEL MUNICIPIO DE ALEJANDRIA, ANTIOQUIA

Para que en los términos del articulo 4 de la Ley 1918 de 2018, **INDAGUE SI ME ENCUENTRO INSCRITO EN EL REGISTRO DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA PERSONAS MENORES EDAD**

ARTÍCULO 4. Deber de verificación. Es deber de las entidades públicas o privadas, de acuerdo a lo reglamentado por el Gobierno Nacional, verificar, previa autorización del aspirante, que este no se encuentra inscrito en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad, en el desarrollo de los procesos de selección de personal para el desempeño de cargos, oficios, profesiones que involucren una relación directa y habitual con menores previamente definidos por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Igualmente, autorizo, para que esta verificación, se actualice cada cuatro meses después del inicio de la relación contractual, laboral o reglamentaria.

Dado en el Municipio de Alejandría, los Nueve (09) días del mes de octubre de 2026

Martha C Fuentes Guerra
MARTA CECILIA FUENTES GUERRA
C.C. Nro. 39.310.343

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 10:11:28 horas del 10/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **39310343,** Apellidos y Nombres **FUENTES GUERRA MARTHA CECILIA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ALCALDIA DE ALEJANDRIA** , con NIT **890983701-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

INSTITUCIÓN TÉCNICA
UNIDOS POR ANTIOQUIA
Educación integral con pensamiento social

Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Licencia de funcionamiento según resolución 20132998 de noviembre 29 del 2013, y registro de programa según resolución No. 202300013041 del 28 de diciembre de 2023 emanada de la secretaria de Educación y Cultura del Municipio de Bello Antioquia – Colombia.

Registrado en el Libro de Certificados No 001
Acta General No 082 del Folio No 105.

En Bello, Municipio del Departamento de Antioquia, a los 23 días del mes de Julio de 2026, se reunieron los Directivos de la **Institución Técnica Unidos por Antioquia**, con el objeto de otorgar el Certificado de Técnico Laboral por Competencias en **"Asistencia y Cuidado al Adulto Mayor"** a: **Martha Cecilia Fuentes Guerra** con documento de identidad No. **39.310.343 de Chivolo** a quien se le tomo el juramento de rigor y se le hizo entrega del certificado de Actitud Ocupacional por Competencias.

Habiendo cumplido con la intensidad horaria de **800 horas** teórico-prácticas y demás requisitos académicos exigidos por los reglamentos de Nuestra Institución y realizado su práctica correspondiente.

Nohemy Elena Usuga Vasco
C.C. 1.128.441.391 de Medellín
Directora

José Francisco Usuga Vasco
C.C. 1.017.216.938 de Medellín
Secretario Académico

Firmas registradas en la Notaria Tercera del Municipio de Bello Antioquia.

Universidad Cooperativa de Colombia

Personería Jurídica, resolución 24195 del 20 de diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional

En atención a que

Martha Cecilia Fuentes Guerra

CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 39'310.343 DE TURBO

Cursó y aprobó el programa de estudios
Teórico-Prácticos de Auxiliar de Enfermería,
con autorización oficial No. 3272 del 14 de abril de 2000
emanada de la Secretaría de Educación y Cultura de Antioquia,
por lo cual le concede el certificado de aptitud ocupacional como

TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA

En testimonio se firma en Medellín
el 27 de septiembre de 2002

GOBERNACION DE ANTIOQUIA
DIRECCION SECCIONAL DE SALUD
Reconócese este Título para todos los efectos legales
RESOLUCION Nº 45-2334
MEDELLIN 30 OCT 2002
DIR. VIGILANCIA Y CONTROL

Juan Carlos Díaz Soto
Rector

Rector Honorario

Director Seccional

Director Nacional programa
Auxiliar de Enfermería

Secretario General

Anotado al folio No. 282 Del libro de registros y diplomas No. 01 E C

Registros y Diplomas

Powered by CamScanner

FORMATO DE EXPERIENCIA RELACIONADA

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN TERRITORIAL EN APS BAJO LA METODOLOGÍA DE LA RESOLUCIÓN 00000698 DE 2025, PARA ELABORAR Y EJECUTAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE ORGANIZACIÓN Y OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD TERRITORIAL EN LA E.S.E HOSPITAL PBR. LUIS FELIPE ARBELAEZ

Nro.	Numero consecutivo que obra en el RUP del reporte del contrato relacionado para acreditar experiencia.	Contratante Dirección Teléfono Ciudad Contacto por correo electrónico	No y fecha de suscripción y de iniciación del contrato	Objeto del contrato	Valor del contrato	% de participación si fue ejecutado en consorcio o unión temporal
01	N/A	E.S.E HOSPITAL PBRO. LUIS FELIPE ARBELAEZ	20 AGOSTO 2024	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	XX	100%
02	N/A	E.S.E HOSPITAL PBRO. LUIS FELIPE ARBELAEZ	01 ENERO 2025	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	xx	100%
02	N/A	E.S.E HOSPITAL PBRO. LUIS FELIPE ARBELAEZ	21 JULIO 2025	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	xx	100%

ACEPTO QUE CON EL DILIGENCIAMIENTO DE ESTE ANEXO AUTORIZO LA VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN EN EL CONTENIDA.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los 09 días del mes de octubre de 2026

[Firma representante legal del Proponente o del Proponente persona natural]

Nombre: Martha cecilia fuentes G

Cargo: Auxiliar de enfermeria

Documento de Identidad: 39310343

Alejandría, 13 de octubre de 2026.

LA SUSCRITA GERENTE DE LA E.S.E HOSPITAL PRESBÍTERO LUIS FELIPE ARBELÁEZ DEL MUNICIPIO DE ALEJANDRIA-ANTIOQUIA.

CERTIFICA QUE:

Revisado el archivo de la E.S.E Hospital Presbítero Luis Felipe Arbeláez del Municipio de Alejandría Antioquia, se encontró, que el Sra. MARTHA CECILIA FUENTES GUERRA, identificada con cédula de ciudadanía Numero 39.310.343 de CHIVOLO, presto sus servicios en la ejecución del siguiente contrato:

Numero de contrato: CPS-021-2025
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTION TERRITORIAL EN APS BAJO LA METODOLOGIA DE LA RESOLUCION 1033 DE 2024, PARA ELABORAR Y EJECUTAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE ORGANIZACION Y OPERACION DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD TERRITORIAL EN LA E.S.E HOSPITAL PBRO. LUIS FELIPE ARBELAEZ.
Periodo de ejecución del contrato: 13/01/2025 - 11/04/2025
Valor del contrato: $9.000.000

A continuación, se detallan las actividades específicas realizadas en el periodo de ejecución del contrato:

1.Realizar el diagnóstico familiar, de acuerdo con la ficha unificada que se defina a nivel nacional.
2.Identificación de riesgo individual, familiar y comunitario de los usuarios por edad, sexo, raza y etnia.
3.Informar sobre el portafolio de servicios de la protección social en salud a las familias de acuerdo a sus necesidades y a las políticas y reglamentación de dichos servicios.
4.Promover la afiliación al sistema, la identificación plena de las familias, de manera que al identificar una persona no afiliada al sistema se inicie el trámite de afiliación para que puedan acceder a los servicios de protección social.
5.Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública.
6.Facilitar la prestación de los servicios básicos de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación.
7.Suministrar la información que sirva de insumo para la elaboración de la historia clínica y única obligatoria.
8.Realizar el servicio solicitado en forma idónea, oportuna y con calidad
9.Velar por el uso adecuado de los equipos que se asignen, evitando su pérdida o deterioro.
10. Realizar las consultas y actividades propias del área de auxiliar de enfermería que sean asignadas por el supervisor, el coordinador del contrato, o el área administrativa de la entidad.

11. Coordinar el equipo y/o equipos extramurales con sus respectivas actividades e informes a rendir en las diferentes plataformas.
12. Apoyar y acompañanar las actividades de intervenciones colectivas en los entornos hogar, educativo, comunitario, laboral e institucional, en base a las actividades plan integral del cuidado primario (PICP). Tamizaje, Rehabilitación basada en la comunidad –RBC, conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias, zona de orientación y centros de escucha.
13. Ejecutar las actividades asignadas, de acuerdo con el cronograma establecido por la entidad para la prestación de los servicios.
14. Asistir a los comités, reuniones y/o juntas a las que sea convocado.
15. Las demás que sean asignadas por el supervisor del contrato.

Numero de contrato: CPS-073-2025
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTION TERRITORIAL EN APS BAJO LA METODOLOGIA DE LA RESOLUCION 00000698 DE 2025, PARA ELABORAR Y EJECUTAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE ORGANIZACION Y OPERACION DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD TERRITORIAL EN LA E.S.E HOSPITAL PBRO. LUIS FELIPE ARBELAEZ.
Periodo de ejecución del contrato: 21/07/2025- 20/11/2025
Valor del contrato: $12.000.000
A continuación, se detallan las actividades específicas realizadas en el periodo de ejecución del contrato:

1. Apoyar el diagnóstico familiar e identificación de riesgos individuales, familiares y comunitarios, según edad, sexo, etnia y condiciones del entorno.
2. Identificar condiciones de salud y prioridades de respuesta de los hogares del microterritorio, registrándolas en los formatos y bitácoras definidos por la ESE.
3. Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de protección social en salud, de acuerdo con sus necesidades y normatividad vigente.
4.Promover la afiliación al sistema de salud y apoyar el trámite de aseguramiento, movilidad o traslado, cuando se identifiquen personas no afiliadas.
5. Inducir la demanda de servicios priorizados en salud pública, especialmente los de mayor impacto comunitario.
6. Facilitar el acceso a los servicios básicos de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación en el territorio.
7. Suministrar información necesaria para la elaboración y actualización de la historia clínica única obligatoria.
8. Ejecutar las actividades asignadas de acuerdo con el cronograma del equipo básico de salud (EBS) en el microterritorio.
9. Realizar actividades propias del auxiliar de enfermería, como apoyo a la consulta de enfermería, toma de muestras de laboratorio, vacunación y canalización de casos según necesidad.

10. Apoyar la promoción y el acompañamiento a la lactancia materna, educación para la salud y prevención de la enfermedad, en coordinación con el equipo profesional.
11. Participar en acciones de rehabilitación basada en la comunidad (RBC), tamizajes y otras intervenciones en los entornos hogar, educativo, comunitario, institucional y laboral, conforme al Plan Integral de Cuidado Primario (PICP).
12. Documentar todas las gestiones y actividades realizadas en los formatos definidos por la entidad, incluyendo soportes y bitácoras.
13. Apoyar el enrolamiento del hogar con el equipo de especialistas, articulando la comunicación y agenda entre la familia y el personal profesional.
14. Acompañar visitas domiciliarias según el plan de trabajo, bajo la coordinación del profesional de enfermería.
15. Contribuir al desarrollo de procesos de participación social, movilización comunitaria y vigilancia en salud basada en la comunidad.
16. Contribuir a los procesos de información en salud, mediante la difusión de mensajes por medios radiales, redes sociales, medios escritos o verbales, con su respectiva documentación.
17. Asistir a reuniones, comités y demás espacios de articulación institucional a los que sea convocado.
18. Presentar informes mensuales con evidencias fotográficas, registros de asistencia y demás soportes requeridos.
19. Apoyar la identificación de necesidades del microterritorio, en articulación con el profesional de enfermería y los demás actores del EBS, documentando avances y resultados por territorio.
20. Realizar canalización y seguimiento al acceso efectivo a servicios de salud, oferta intersectorial y eventos de interés en salud pública.
21. Participar en jornadas de desarrollo de capacidades relacionadas con la operación de los Equipos Básicos de Salud.
22. Aportar desde su perfil técnico a la configuración de planes de cuidado primario en salud, diferenciando intervenciones individuales y colectivas.
23. Velar por el uso adecuado, conservación y reporte de los dispositivos y equipos médicos asignados.
24. Realizar las demás funciones que le sean asignadas por el supervisor del contrato y que guarden relación con la operación de la estrategia de los EBS.

Atentamente,

FARLEY XIOMARA AMAYA RUIZ.
Gerente
Empresa Social del Estado
Hospital Presbítero Luis Felipe Arbeláez

Alejandría, 13 de octubre de 2026.

LA SUSCRITA GERENTE DE LA E.S.E HOSPITAL PRESBÍTERO LUIS FELIPE ARBELÁEZ DEL MUNICIPIO DE ALEJANDRIA-ANTIOQUIA.

CERTIFICA QUE:

Revisado el archivo de la E.S.E Hospital Presbítero Luis Felipe Arbeláez del Municipio de Alejandría Antioquia, se encontró, que la Sra. MARTHA CECILIA FUENTES GUERRA, identificada con cédula de ciudadanía Numero 39.310.343 de Chivolo, presto sus servicios en la ejecución del siguiente contrato:

Numero de contrato: CPS-072-2024
Objeto del contrato: PRESTAR LOS SERVICIOS EN FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN TERRITORIAL EN APS, BAJO LA METODOLOGÍA DE LA RESOLUCIÓN 1033 DE 2024, PARA ELABORAR Y EJECUTAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE ORGANIZACIÓN Y OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD TERRITORIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA Y ACTIVIDADES DE ENFERMERIA, PARA LA E.S.E HOSPITAL PBRO. LUIS FELIPE ARBELÁEZ.
Periodo de ejecución del contrato: 20/08/2024-31/12/2024
Valor del contrato: $ 13.100.000

Atentamente,

FARLEY XIOMARA AMAYA RUIZ.
Gerente
Empresa Social del Estado
Hospital Presbítero Luis Felipe Arbeláez

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

Valentina García Álvarez
RM 5-5594-13
Lic. SO 94720/2015

Fecha: 11/07/2025
H.C. 39310343

INFORMACIÓN EMPRESA:

Empresa INDEPENDIENTE – unipersonal **Dirección** NA **NIT** 39310343 **Teléfono** NA **Email** NA **Tipo Empresa** privada

INFORMACIÓN TRABAJADOR

Nombre: Martha Cecilia Fuentes Guerra **Tipo ID:** CC **Numero** ID: 39310343 **Celular:** +57 300 3895247 **Lugar y Fecha de Nacimiento:** Necoclí, Antioquia: 18/04/1975 **Edad:** 50 años **Genero:** Femenino **Escolaridad:** Técnico auxiliar de Enfermería **Rh:** + **Grupo: A Estado Civil:** Unión Libre **No. Hijos:** 2 **Afiliación SS: EPS:** SURA **AFP:** Porvenir **ARL:** ___ **Cargo:** Auxiliar de enfermería **Dirección:** Calle Bolivar Alejandría Antioquia

APTITUD LABORAL:

Martha Cecilia Fuentes Guerra, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 39310343, en la actualidad con 50 años de edad, cuenta con estado de salud aceptable a la fecha de realización de la presente consulta. Se emite el presente concepto de aptitud con base en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional virtual realizada el día de hoy y la información aportada por el trabajador; desde el punto de vista de la evaluación médica y frente a los factores de exposición indagados asociados a la labor reportada por el trabajador es: SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

OBSERVACIONES:

Trabajador femenino de 50 años, solicita evaluación ocupacional de ingreso; se realiza examen médico con énfasis en antecedentes personales, con el fin de determinar si tiene comorbilidades o alteraciones de salud que ameriten aislamiento o restricción de la asistencia a su lugar de trabajo, sin encontrar hallazgos de relevancia ocupacional, se dan recomendaciones generales respecto al cumplimiento de protocolos de Seguridad y Salud en el trabajo que todos los trabajadores sin importar su nivel de exposición en atención a la posibilidad de desarrollo de enfermedades osteomusculares, de riesgo biológico y riesgo público deberán cumplir. Examen físico: no se encuentran alteraciones dinámicas o en reposo según entrevista virtual.

RECOMENDACIONES GENERALES:

- Dieta balanceada hipoglúcida, ejercicio regular (al menos 5 días a la semana 30 min), evitar el consumo de bebidas embriagantes y sustancias psicoactivas. Acatar las normas de Seguridad y Salud en el trabajo en todo momento.
- Adopte siempre posturas adecuadas, Realice pausas activas aún en casa y durante los tiempos de descanso (estiramientos, ejercicios de fuerza y movilidad de cuerpo entero, énfasis en columna y fortalecimiento)
- Reinducción ergonomía, protección osteomuscular, según esquema SVE de la empresa por los riesgos propios del cargo
- Reinducción sobre prevención de accidentes de riesgo biológico, según esquema SVE de la empresa, identificación y reporte de condiciones peligrosas.
- Sin restricciones para desempeño del cargo; siempre seguir recomendaciones dadas por el área de SST de la empresa, en condiciones bioseguras, higiene de manos y uso de mascarilla facial, monogafas.
- Recibir la vacunación según esquema. NOTA: paciente se encuentra a la fecha vacunado con esquema incompleto covid 19. Recibir refuerzos de vacunas, esquema de hepatitis B cumplido, presentar carnets a su contratante.
- Asistir a control de manera periódica y según indique tratante por antecedente personal.

Este certificado se expide a solicitud del interesado.

Autorizo a la doctora Valentina Patricia García Álvarez a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales registrados en este documento. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y/o paraclínicos. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de la entrevista telefónica. Fui informado de las medidas que tomara la médico para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia del certificado médico. Las respuestas dadas por mi en este examen están completas y son verídicas. Autorizo a la doctora para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento para el bien cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remita la historia clínica a la EPS a la cual me encuentra actualmente afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados ante mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento:

VALENTINA GARCÍA

Valentina García Álvarez
Medico
Esp. Salud Ocupacional y Valoración del Daño Corporal
Lic SO 94720/2015

Martha C Fuentes

Martha Cecilia Fuentes Guerra
Trabajador

De acuerdo con la circular No. 000543 del 15 de septiembre de 2014 de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la historia clínica ocupacional del trabajador únicamente puede ser conocida por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. En ningún caso el empleador puede tener acceso al documento. La presente evaluación se realizó bajo las directrices de la Res. 2346/07 y atendiendo a los lineamientos de telemedicina según emergencia sanitaria.

Calle 27 No. 46-70 Punto Clave dravalentinag@gmail.com Cel. 3148907960

MUNICIPIO DE ALEJANDRIA - ANTIOQUIA TESORERÍA DE RENTAS MUNICIPALES

09. de Octubre. de 2.026.

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO Nº 10907

EL SUSCRITO TESORERO

CERTIFICA:

Que el señor Martha Cecilia Fuentes Cuerna, con cédula No. 39.310.3[illegible] de Turbo.

vecino de Alejandría., se encuentra a Paz y Salvo con el Tesoro Municipal por concepto de todo lo relacionado con el fisco municipal

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE

NOTA: Los funcionarios que expidan este certificado son responsables de las sumas que adeuden los respectivos interesados, sin perjuicio de la sanción penal por el delito en que incurren de conformidad con las disposiciones del Código Penal.

ORIGINAL: Interesado 1a. COPIA: Contraloría 2a. COPIA: Archivo de la dependencia

Certificación Bancaria

Martes, 15 de septiembre de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que MARTHA CECILIA FUENTES GUERRA identificado(a) con CC 39310343, 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	31102010674	2019-10-15	Activo	*****

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

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Bancolombia

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

85101601;80111600;80111500;80111701

PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION DE AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS IMPLEMENTADOS EN EL CENTRO VIDA DIA DEL MUNICIPIO DE ALEJANDRIA

9	85101601;80111600;80111500;80111701

Escritorio

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Última Actualiza

0 Suscripciones

0 En edición

0 Adjudicaciones pendientes

Sugerencias SECOP



El Servicio de proveedor ya se encuentra disponil
Haga clic aquí para activarlo. Después de activación la disponibi del servicio podrá tarc hasta 10 minutos.

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

Mensaje Tod

Sin mensajes...
Más informació

Oportun Rec

Sin oportunidade
Más informació

LA SECRETARIA GENERAL Y DE GOBIERNO DEL MUNICIPIO DE AEJANDRIA, ANTIOQUIA

EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES, SEGÚN EL DECRETO DE DELEGACION NUMERO 012 DE 2024

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con el artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 de 2015, la ADMINISTRACION CENTRAL DEL MUNICIPIO DE ALEJANDRIA, podrá contratar directamente con la persona natural o jurídica que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato siempre y cuando la Entidad Estatal verifique la idoneidad y experiencia requerida y relacionada con el área de que se trate, sin que sea necesario que se haya obtenido previamente varias ofertas, de lo cual el Ordenador del Gasto deberá dejar constancia escrita.

Para efectos de llevar a cabo la contratación directa, una vez elaborados los estudios previos, se analiza la hoja de vida única de la contratista **Martha Cecilia Fuentes Guerra**, identificado con Cedula de Ciudadanía C.C. 39310343 de TURBO. Junto con las certificaciones de estudios y de experiencia aportados con la misma, en la cual se evidencia lo siguiente:

1. FORMACIÓN ACADÉMICA DEL CONTRATISTA		
1.1 REQUISITOS MÍNIMOS EXIGIDOS DE FORMACIÓN ACADÉMICA		
Formación académica culminada como técnico en auxiliar de enfermería		
1.2 FORMACIÓN ACADÉMICA ACREDITADA DEL CONTRATISTA	**CUMPLE**	
	SI	**NO**
Diploma y acta de grado como técnica en auxiliar de enfermería	X	

2.EXPERIENCIA DEL CONTRATISTA		
2.1. EXPERIENCIA EXIGIDA		
El proponente deberá acreditar una experiencia especifica de al menos dos (02) contratos, "Similar al objeto contractual o relacionado con el alcance del contrato."		
2.2. EXPERIENCIA ACREDITADA DEL CONTRATISTA ACREDITADA	**CUMPLE**	
	SÍ	**NO**
	x	

Obligaciones o funciones: 1. Brindar apoyo técnico-asistencial, conforme a su formación como auxiliar de enfermería, en las acciones de atención integral básica, cuidado y acompañamiento a las personas mayores de 60 años beneficiarias del Centro Vida Día y residentes del CPSAM.**2** Apoyar el seguimiento de las condiciones generales de salud de las personas mayores, mediante la identificación y reporte oportuno de signos, síntomas, novedades o situaciones que requieran atención o valoración. **3.** Apoyar las actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y fomento de estilos de vida saludable dirigidas a las personas mayores vinculadas al Centro Vida Día. **4.** Desarrollar actividades de orientación y educación en autocuidado, hábitos saludables, prevención de riesgos y cuidado de la salud, de acuerdo con su formación y competencias. **5.** Apoyar las acciones de cuidado, estimulación y mantenimiento de las capacidades funcionales de las personas mayores, promoviendo su autonomía, independencia y bienestar.**6.** Brindar acompañamiento en las actividades físicas, recreativas, culturales y ocupacionales del Centro Vida Día, cuando se requiera apoyo relacionado con el cuidado y la seguridad de las personas mayores.**7.** Identificar y reportar oportunamente cambios en las condiciones físicas, funcionales, emocionales o comportamentales de las personas mayores atendidas en el Centro Vida Día y el CPSAM.**8.** Apoyar las actividades de cuidado y atención integral básica de las personas mayores residentes en el CPSAM, conforme a sus necesidades individuales y dentro de sus competencias.**9.** Apoyar la administración de medicamentos a las personas mayores residentes en el CPSAM, de acuerdo con las prescripciones médicas, protocolos e indicaciones establecidas, dejando los registros correspondientes. **10.** Apoyar la organización y actualización de los registros de cuidado y administración de medicamentos de los residentes del CPSAM, incluyendo el kardex y demás instrumentos establecidos. **11.** Apoyar la gestión y seguimiento de las necesidades de atención en salud de los residentes del CPSAM, relacionadas con citas, controles, procedimientos, remisiones, medicamentos e indicaciones médicas.**12.** Preparar y mantener organizada la información y documentación requerida para la atención en salud de las personas mayores residentes en el CPSAM, favoreciendo la continuidad de su atención.**13.** Identificar y reportar novedades relacionadas con la alimentación, hidratación y tolerancia a los alimentos de las personas mayores atendidas en el Centro Vida Día y el CPSAM. **14.** Apoyar la articulación y coordinación de las acciones de cuidado, atención y seguimiento requeridas para el adecuado desarrollo de los servicios del Centro Vida Día y el CPSAM.**15.** Mantener organizados y actualizados los registros, informes, formatos y evidencias de las actividades desarrolladas en cumplimiento del objeto contractual, así como realizar actividades complementarias directamente relacionadas con este, dentro del ámbito de sus competencias.

Total, Experiencia General: **Total, Experiencia Relacionada:**	2	

Analizados los aspectos establecidos en los estudios previos, certifico que **Martha Cecilia Fuentes Guerra** cuenta con los requisitos de formación y experiencia determinados por esta Área, que lo (a) hacen idóneo (a) para ejecutar el **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN** a celebrar para lo cual se verifico los respectivos documentos soporte de la Hoja de Vida aportados por el (la) mismo (a).

Esta certificación se expide en los términos del **Decreto 1082 de 2015,** a los 09 días del mes de octubre de 2026.

GLADYS CECILIA CAMPO AGUDELO
Secretaria De Salud Y Bienestar Social
Municipio de Alejandría - Antioquia