UNIDAD:	Unidad Prestadora de Salud Guaviare
NOMBRE:	NEYDA DALIS BEDOYA SANCHEZ
CEDULA:	1,120,564,017
VACANTE:	Técnico profesional en salud oral 8 Hrs.

LISTA DE CHEQUEO PROCESO DE CONTRATACION

Nro.	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	
1	Carpeta blanca 4 aletas (documentos sin legajar)	CONTRATISTA	
2	Foto tamaño postal 9 x 12, de frente, a color, impresa en papel fotográfico pegada en el centro de una hoja blanca tamaño carta	CONTRATISTA	
3	Carta de aceptación y ofrecimiento de los servicios. Firmada la carta por el contratista dirigida al dueño de la necesidad.	CONTRATISTA	
4	Hoja de vida función pública actualizada SIGEP II, firmada por el contratista y por el dueño de la necesidad	CONTRATISTA	
5	Publicación proactiva declaración de bienes y rentas y registro de conflicto de intereses (**descargar desde el SIGEP II**)	CONTRATISTA	
6	Fotocopia de cédula de ciudadanía al 150 % (**No se aceptan imágenes en word**)	CONTRATISTA	
7	Fotocopia de diplomas – bachiller, pregrado y posgrado, si lo requiere el contrato (en el contrato debe presentar la Resolución de convalidación si estudió en el exterior y títulos deben estar debidamente registrados en el sistema educativo colombiano)	CONTRATISTA	
8	Fotocopia de acta de grado – bachiller, pregrado y posgrado	CONTRATISTA	
9	Tarjeta profesional (para los profesionales) y/o constancia de trámite de la tarjeta profesional (únicamente para los profesionales que están reglamentados por Ley. Esta información se encuentra publicada en la página del Departamento Administrativo de la Función Pública)	CONTRATISTA	
10	Rethus (**para todos los profesionales, tecnólogos o técnicos del área de la salud**)	CONTRATISTA	
11	Comunicado de validación del RETHUS (**áreas relacionadas con salud**) y del Titulo (**aplica para todos**)	CONTRATISTA	
12	Inscripción secretaria de salud Bogotá y/o municipio si debe realizar inscripción (**áreas relacionadas con salud**)	CONTRATISTA	
13	Certificado de antecedentes de la profesión: - Antecedentes Disciplinarios para Médicos, Consejo Superior de la Judicatura, comisión nacional de ética médica. - Antecedentes disciplinarios para Psicólogos, Colegio Nacional de Psicólogos. - Certificado Tribunal de Odontología - Antecedentes Disciplinarios para odontólogos. - Tribunal Nacional Ético de Fisioterapia – Antecedentes Disciplinarios. - Tribunal Nacional de Trabajo Social – Antecedentes Disciplinarios para Trabajadores Sociales. - Consejo Profesional Nacional de Administración de Empresas, Consejo Profesional Nacional de Ingenierías, Arquitectos, Bioingenieros, Consejo Nacional de Bibliotecología – Antecedentes Disciplinarios. - Junta Central de Contadores – Antecedentes Disciplinarios para contadores. Los anteriores se deben soportar en formato PDF En caso de no aplicar estos certificados se debe soportar con certificado que indique que no se encuentra inscrito en RETHUS, las entidades encargadas.	CONTRATISTA	
14	Documentos que acrediten la experiencia en la profesión u ocupación	CONTRATISTA	
15	Título de educación media. Tribunal ético de enfermeras profesional ley 911 de 2004 DISAN, que esté vigente	CONTRATISTA	
16	Fotocopia de libreta militar autenticada menores 50 años (con número y graduación de la institución militar. de la CIRCULAR EXTERNA UNICA CVCE VR 3)	CONTRATISTA	
17	Certificados antecedentes judiciales Policía Nacional (inferior a 3 meses)	CONTRATISTA	
18	Certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la procuraduría general de la nación (inferior a 3 meses)	CONTRATISTA	
19	Certificado boletín de responsabilidad fiscal de la Contraloría General de la República (inferior a 3 meses)	CONTRATISTA	
20	Certificado del sistema nacional del registro de medidas correctivas Policía Nacional de Colombia, inferior a 3 meses de conformidad con el Decreto Nacional 1070 del 2016, el cual se puede descargar por el ciudadano	CONTRATISTA	
21	Certificado en línea de inhabilidades de contratación para personas naturales que ejercen como contratistas de entidades públicas – Ley 1918 del 12/07/2018 (delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años) (habilidades e inhabilidades)	CONTRATISTA	
22	Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM) (inferior a 3 meses)	CONTRATISTA	
23	Certificado vigente de Registro Único Tributario (RUT) expedido por la dirección de impuestos y aduanas nacionales DIAN (este documento debe verificar que el tipo de actividad económica sea igual a la del contrato) (inferior a 3 meses)	CONTRATISTA	
24	Formato de información a terceros - firmado	CONTRATISTA	
25	Certificación bancaria sobre cuenta activa (vigencia máxima tres meses)	CONTRATISTA	
26	Constancia de afiliación a fondo de pensión	CONTRATISTA	
27	Constancia de afiliación a entidad Promotora de Salud (EPS) como independiente	CONTRATISTA	
28	Curso de integridad, transparencia y lucha contra la corrupción (vigencia 3 años)	CONTRATISTA	
29	Examen médico ocupacional expedido por una entidad autorizada IPS. (Vigencia de tres años) (tener en cuenta el **profesiograma** personal asistencial/administrativo y edad) (vacunas)	CONTRATISTA	
30	Consentimiento informado (documento no controlado)	CONTRATISTA	
31	Certificación unidad de valor tributario UVT de la vigencia anterior	CONTRATISTA	
32	Afiliación voluntaria a la ARL	CONTRATISTA	
33	Declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información contratistas o terceros - Formato 1DT-FR-0016	CONTRATISTA	
34	Constancia persona natural no obligada a llevar contabilidad – Colombia compra eficiente SECOP II	CONTRATISTA	
35	Pantallazo usuario SIGEP	CONTRATISTA	
36	Pantallazo usuario SECOP - **Que aparezca como PROVEEDOR**	CONTRATISTA	
37	Lista de contratos del proveedor con el sector público o privado – Colombia compra eficiente SECOP II	CONTRATISTA	
38	Carne de vacunas	CONTRATISTA	

NOTA: Se verifica y cumple con la totalidad de los requisitos para ser contratada para la Unidad Prestadora de Salud Guaviare.

SI OMAR ELIECER RODRIGUEZ AVILA
Conductor Unidad Prestadora de Salud Guaviare

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
BEDOYA	SANCHEZ	NEYDA DALIS

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1120564017	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 02 MES 10 AÑO 1988

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CHOCÓ

MUNICIPIO NUQUÍ

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 8C 28B 87 CASA3 C PORTAL DE BELEN

PAÍS COLOMBIA DEPTO GUAVIARE

MUNICIPIO SAN JOSÉ DEL GUAVIARE

TELÉFONO 3177838751 EMAIL besane@hotmail.es

2 FORMACIÓN ACADEMICA

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	12	AÑO	2006
										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	10	X		INGENIERIA INDUSTRIAL	04	2018	
PREGRADO	4	X			11	2014	95-241
PREGRADO	3	X		AUXILIAR DE HIGIENE ORAL	01	2010	
PREGRADO	4	X			10	2009	0335

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO GUAVIARE	*MUNICIPIO* SAN JOSÉ DEL GUAVIARE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3177838751	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	07	*Año*	2026	*Día*	20	*Mes*	10	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ODONTOLOGIA	*DEPENDENCIA* AREA DE ODONTOLOGIA						*DIRECCIÓN* CALLE null SUR 9 null 21-20					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO GUAVIARE	*MUNICIPIO* SAN JOSÉ DEL GUAVIARE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3177838751	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	09	*Año*	2025	*Día*	15	*Mes*	06	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ODONTOLOGIA	*DEPENDENCIA* AREA SANIDAD POLICIA NACIONAL						*DIRECCIÓN* CALLE 9A null null 21-20					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO GUAVIARE	*MUNICIPIO* SAN JOSÉ DEL GUAVIARE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3177838751	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	25	*Mes*	09	*Año* 2024	*Día*	30	*Mes*	07	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ODONTOLOGIA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ODONTOLOGIA					*DIRECCIÓN* 9 SUR CALLE 9 N 21-20						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO GUAVIARE	*MUNICIPIO* SAN JOSÉ DEL GUAVIARE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3177838751	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ODONTOLOGIA	*DEPENDENCIA* AUX. CONSULTORIO ODONTOLOGICO					*DIRECCIÓN* AVENIDA CALLE 9A BIS A ESTE 9A 9 ESTE 20						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO GUAVIARE	*MUNICIPIO* SAN JOSÉ DEL GUAVIARE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3177838751	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	12	*Año* 2022	*Día*	29	*Mes*	07	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ODONTOGIA	*DEPENDENCIA* APOYO EN ODONTOLOGIA					*DIRECCIÓN* AVENIDA CALLE 9A BIS A ESTE 9A 9 ESTE 20						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO GUAVIARE	*MUNICIPIO* SAN JOSÉ DEL GUAVIARE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3177838751	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	10	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ODONTOLGIA	*DEPENDENCIA* APOYO EN ODONTOLOGIA					*DIRECCIÓN* AVENIDA CALLE 9A BIS A ESTE 9A 9 ESTE 20						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO GUAVIARE	*MUNICIPIO* SAN JOSÉ DEL GUAVIARE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3177838751	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	06	*Año* 2022	*Día*	20	*Mes*	09	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ODONTOLIGA	*DEPENDENCIA* APOYO EN ODONTOLOGIA					*DIRECCIÓN* AVENIDA CALLE 9A BIS A ESTE 9A 9 ESTE 20						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE RED DE SERVICIOS DE SALUD 1 NIVEL			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO GUAVIARE	*MUNICIPIO* SAN JOSÉ DEL GUAVIARE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	07	*Año*	2019	*Día*	15	*Mes*	11	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* EL RETORNO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE RED DE SERVICIOS DE SALUD 1 NIVEL			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO GUAVIARE	*MUNICIPIO* SAN JOSÉ DEL GUAVIARE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	07	*Año*	2018	*Día*	03	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* EL RETORNO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD VISION ORAL DIGITAL			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3208338457	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ODONTOLOGIA	*DEPENDENCIA* ODONTOLOGIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 27N °13 39 CASA 8 A EL DORADO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE RED DE SERVICIOS DE SALUD 1 NIVEL			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO GUAVIARE	*MUNICIPIO* SAN JOSÉ DEL GUAVIARE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	07	*Año*	2017	*Día*	04	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* EL RETORNO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD VISION ORAL DIGITAL			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3208338457	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	09	*Año*	2016	*Día*	10	*Mes*	07	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ODONTOLOGIA	*DEPENDENCIA* ODONTOLOGIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 27N ° 13 -39 EL DORADO					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA REGIONAL GUAVIARE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	06	*Año*	2014	*Día*	02	*Mes*	12	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* TALENTO HUMANO						*DIRECCIÓN* CARRERA 24N 7 10 barrio el centro					

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	3	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	8
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

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 03 - Noviembre 2026

Neyda Dalis Bedoya S.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

El servicio público es de todos | 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)

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	**Segundo nombre**	**Primer apellido**	**Segundo apellido**
NEYDA	**DALIS**	**BEDOYA**	**SANCHEZ**

Documento de identificación

C.C. [X] C.E. [ ] T.I [ ] NIT. [ ] Número: 1120564017

Lugar de Nacimiento

País: COLOMBIA | Departamento: CHOCO | Municipio: NUQUI

Lugar de domicilio

País: COLOMBIA | Departamento: GUAVIARE | Municipio: SAN JOSE

Nombre de la entidad/organismo/institución/u otra donde trabaje.

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAVIARE

Cargo o función que cumple

TECNICO AUXILIAR EN CONSULTORIO ODONTOLOGICO

Lugar de sede

País: COLOMBIA | Departamento: GUAVIARE | Municipio: SAN JOSE

Dirección: CALLE 9 N 21-2O

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LO CONSAGRADO EN LA LEY 2013 DE 2019, 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

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	25.365.026
Cesantías e intereses de cesantías	-
Gastos de representación	-
Arriendos	-
Honorarios	-
Otros ingresos y rentas	-
TOTAL	**25.365.026**

b) Las cuentas bancarias que poseo en Colombia y en el exterior son:

TIPO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA (PAÍS)	SALDO DE LA CUENTA A DICIEMBRE 31 DEL AÑO ANTERIOR
AHORROS	BANCOLOMBIA	$ -

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	PAÍS DE UBICACIÓN	DEPARTAMENTO DE UBICACIÓN	MUNICIPIO DE UBICACIÓN	VALOR

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

CONCEPTO	SALDO

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

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas y Consejos Directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO	PAÍS

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

a) 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 DE PARTICIPACIÓN

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LA REGISTRO EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, Y CONFORME A LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 40 DE LA LEY 734 DE 2002 Y 11 DE LA LEY 1437 DE 2011. PARA EL CASO DE LOS CONGRESISTAS, TAMBIEN SE DA CUMPLIMIENTO A LA LEY 2003 DE 2019.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

INFORMACIÓN DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

En la actualidad tengo sociedad conyugal o de hecho vigente **SI** [ ] **NO** [X]

NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)	TIPO DE SOCIEDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD

2.2. INFORMACION DE PARIENTES DE CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

A continuación, se registra información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, solo cuando sea susceptible de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeña

De conformidad con el literal d) del artículo 2° de la ley 2003 de 2019, los congresistas deberán relacionar la información de los parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil.

PARIENTES HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

PARENTESCO	NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)				DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	Primer nombre	Segundo Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	

2.3 DE PARTICIPACIÓN EN GREMIOS, SINDICATOS, GRUPOS SOCIALES O ECONÓMICOS U ORGANIZACIONES CON ÁNIMO Y SIN ÁNIMO DE LUCRO

a) Participación en gremios, sindicatos, grupos sociales o económicos u organizaciones con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera):

GREMIO, SINDICATO, GRUPO SOCIAL O ECONÓMICO U ORGANIZACIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

2.4. OTRAS INVERSIONES

a) 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

b) Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario en Colombia y en el exterior u otros son:

TIPO DE INVERSIÓN	VALOR	PAÍS

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

a) Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta en el último año y los nombres de las instituciones a las cuales hice donaciones son:

NOMBRE	VALOR DE LA DONACIÓN

2.6 POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

a) Escriba otros intereses personales que podrían constituir una posible situación de conflicto de intereses, por ejemplo:
- Actividades que desempeño, negocios, establecimientos que poseo etc.
- Actividades o negocios de mi cónyuge o compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, de acuerdo con lo descrito en los numerales 2.1 y 2.2
- Actividades o negocios de mi socio de derecho o hecho

DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL CONFLICTO DE INTERESES

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.120.564.017**

BEDOYA SANCHEZ
APELLIDOS

NEYDA DALIS
NOMBRES

Neyda Dalis Bedoya S.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-OCT-1988**

NUQUI
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**B-**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

28-NOV-2006 SAN JOSE DEL GUAVIARE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5400100-00671975-F-1120564017-20150223 **0043**235905A 1 41616680

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre la

Institución Educativa Santander

DE SAN JOSÉ DEL GUAVIARE

Reapertura mediante Decreto Comisarial No. 860 de 1979 y aprobación Plan de Estudio jornada diurna mediante Resolución No. 1834 de 19 de Noviembre de 2001. Resolución 160 de Octubre23 de 2002. Jornada Nocturna y aprobación Plan de Estudios según Resolución 1608 de 23 de Octubre de 2002. Resolución No. 1401 de 2002 Programa de Educación Continuada. Inscripción P.E.I. Secretaría de Educación Departamental No. 101040 Resolución de Integración de Establecimientos Educativos No. 1756 de 14 de Noviembre a 2002. Código DANE 118001001781

CONFIERE A

Nayda Dalis Bedoya Sánches

IDENTIFICADO (A) CON T.I. *No.* 88100260714 *DE* San José- Gvie.

EL TÍTULO DE

Bachiller Académico

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACIÓN MEDIA, SEGÚN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

RAFAEL ANTONIO MORENO CARO
C.C. No. 500.214 de Fusagasugá
RECTOR

MARIA BERENICE HERRERA
C.C. #1.213.263 de San José del Guaviare
Secretaria

Acordado al Folio 65 - 32 *del libro para Control Interno de Diplomas No.* 3

Dado en San José del Guaviare, a los 7 *días del mes de* Diciembre *de* 2006

"No requiere Registro de la Secretaría de Educación según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional, y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la República"

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

NEYDA DALIS BEDOYA SANCHEZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 1.120.564.017

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Título de

TÉCNICO PROFESIONAL EN

SALUD ORAL

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en San José Del Guaviare, a los veintiocho (28) días del mes de abril de dos mil diez (2010)

Firmado Digitalmente por
EDGAR AUGUSTO BRAGA SILVA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

Secretaría de Salud del Guaviare

RESOLUCIÓN No. 0335

Por la cual se registra un título y se concede una autorización para el ejercicio profesional

EL SECRETARIO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE
En uso de sus facultades otorgadas por el Decreto 1875 de 1994
Y el Decreto 0225 del 11 de Septiembre de 1995 y.

CONSIDERANDO

Que **NEYDA DALIS BEDOYA SANCHEZ**, identificada con la cédula de ciudadanía N° 1.120.564.017 de San José del Guaviare. ha solicitado la autorización del ejercicio como **TÉCNICO PROFESIONAL EN SALUD ORAL**, según título que le otorgó El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA. según registro de Diploma N° 411785 del 28 de abril de 2010.

Que de acuerdo con el artículo 4 del decreto 1875 de 1994, corresponde a la Secretaria Departamental de Salud registrar y autorizar los títulos para desempeñarse, a quienes lo soliciten.

En merito de lo expuesto

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **NEYDA DALIS BEDOYA SANCHEZ**, identificada con la cédula de ciudadanía N° 1.120.564.017 de San José del Guaviare, para ejercer como **TÉCNICO PROFESIONAL EN SALUD ORAL** en el Territorio Nacional.

ARTÍCULO SEGUNDO: La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y requiere para su validez ser publicada en la gaceta departamental.

COMUNÍQUESE, NOTIFÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en San José del Guaviare, 12 MAY 2010

OVEIDA PARRA NOVOA
Secretaria Departamental de Salud

Revisó: Luz Alba Oliveros Martínez Profesional Especializado
Elaboró: Fernando Cano

Todos por la Recuperación, Fortalecimiento y Sostenibilidad del Guaviare
La salud tu responsabilidad, nuestra responsabilidad

Powered by CamScanner

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-11-02--2:36:55 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1120564017	NEYDA		BEDOYA	SANCHEZ	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) NEYDA BEDOYA SANCHEZ identificado(a) con CC 1120564017 registra La siguiente información:

2026-11-02--2:36:55 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
TCP	Local	Técnica profesional en salud oral	2010-05-12	335	SECRETARIA DE SALUD DEL GUAVIARE
TCP	Local	Oftalmología	2010-05-12	335	SECRETARIA DE SALUD DEL GUAVIARE

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).

GS-2026-009804-DEGUV

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAVIARE
GRUPO CONTRATOS

AREAD-GRUCO - 20.1

San José Del Guaviare, 26 de febrero de 2026

Señora
NEYDA DALIS BEDOYA SANCHEZ
besane@hotmail.es
San José del Guaviare

Asunto: respuesta solicitud certificación contratos

En atención a su solicitud referente a los contratos PN DEGUV 29-7-20028-24, y PN DEGUV 29-7-20027-25, El Comandante del Departamento de Policía Guaviare, hace constar que la señora Neyda Dalis Bedoya Sánchez, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.120.564.017 prestó sus servicios en la Unidad Prestadora de Salud Guaviare, bajo la modalidad de prestación de servicios como auxiliar de consultorio odontológico, igualmente a la fecha presta sus servicios bajo la misma modalidad en los siguientes términos:

NÚMERO DE CONTRATO	OBJETO	VALOR	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL
PN DEGUV 29-7-20028-24	Prestación de servicios de apoyo a la gestión como técnico auxiliar en consultorio odontológico, para ser prestados en el Establecimiento Primario de Atención en Salud Comando Guaviare y eventualmente donde se requiera dentro del ámbito de competencia de la Unidad Prestadora de Salud Guaviare y de acuerdo con lo relacionado en la cláusula de obligaciones del contratista.	$25.365.065,23	25/09/2024	30/07/2025
PN DEGUV 29-7-20027-25	Prestación de servicios de apoyo a la gestión como técnico auxiliar en consultorio odontológico, para ser prestados en el Establecimiento Primario de Atención en Salud Comando Guaviare y eventualmente donde se requiera dentro del ámbito de competencia de la Unidad Prestadora de Salud Guaviare y de acuerdo con lo relacionado en la cláusula de obligaciones del contratista.	$22.060.136,3	19/09/2025	15/06/2026

ACTIVIDADES PROGRAMADAS

Como funcionario asistencial, el contratista deberá ejecutar las siguientes actividades:

1. Orientar a la persona y a la comunidad hacia la aplicación de políticas de promoción y prevención de la salud oral
2. Manejo del instrumental odontológico en los distintos campos, de la preparación de biomateriales y medicamentos, de limpieza, desinfección y esterilización de instrumentos y equipos del consultorio
3. Apoyo en realizar profilaxis extra coronal, aplicación de flúor, aplicación de sellantes y prevención de enfermedades orales.
4. Manejar de forma ordenada el archivo de historias clínicas de los usuarios para llevar a cabo el proceso de evolución de tratamientos de los pacientes en forma adecuada.
5. Apoyar al odontólogo en la instrumentación y preparación de los materiales y medicamentos.
6. Conocer a detalle los problemas de salud oral de mayor prevalencia que afecten a los funcionarios de la policía nacional y ser capaz de ofrecer tratamientos adecuados a los pacientes que los presentan, para evitar complicación de que puedan presentar y así mejorar el buen estado de la salud oral de los pacientes.
7. Tener una actitud permanente de búsqueda de nuevos conocimientos, mediante el aprendizaje independiente y auto dirigido que le permita actualizar sus conocimientos de acuerdo a los avances de la ciencia, tecnología odontológica y de salud en general.
8. Brindar atención cordial y oportuna a los usuarios que lo soliciten preparándolos para la atención odontológica que van a recibir.
9. Apoyar al odontólogo en la realización de los registros y actualización de historias clínicas de los usuarios, con el fin de mantener actualizada la información del personal adscrito al sistema de salud de la policía nacional.
10. Mantener en óptimas condiciones los aparatos e instrumentos usados por el personal profesional en odontología, igualmente aplicar controles en el manejo de los diferentes biomateriales utilizados en la práctica odontológica.
11. Mantener el consultorio en perfecto estado de aseo, orden y presentación.
12. Participar en la elaboración del plan de necesidades y/o solicitudes de suministro de elementos, con el fin de mantener el buen funcionamiento del servicio odontológico de la unidad.
13. Apoyo en las actividades de la oficina de incorporación en caso de que se requiera
14. Realizar y apoyar actividades educativas individuales y grupales tendientes a promover estilos de vida saludable promoción del decálogo del autocuidado y de la línea de apoyo emocional, fortalecimiento de habilidades psicosociales dirigida a los policiales su familia por ciclo de vida.
15. Rendir informes de la dirección de sanidad y el establecimiento primario de atención en salud o la Unidad prestadora de salud requieran dentro de los plazos establecidos.
16. El contratista se compromete a realizar los registros correspondientes a las matrices establecidas por la institución
17. En caso de requerirse por necesidades del servicio, el contratista deberá desplazarse a realizar actividades propias de su cargo a los diferentes municipios y/o estaciones policiales que se encuentran adscritos a la Unidad.
18. El contratista se compromete a hacer entrega de la macro agenda mensualmente donde se priorice en el agendamiento el horario de atención de usuarios que el ESPRI maneja, y de igual forma cumplir con la misma.
19. Asistir a reuniones que le sean requeridas por la Unidad Prestadora de Salud Guaviare y/o Dirección de Sanidad.
20. Las demás actividades que le sean asignadas por la UPRES de acuerdo a su profesión.

La presente se expide en san José del Guaviare, a los 26 dias del mes de febrero de 2026, a solicitud de la interesada.

Atentamente,



Firmado digitalmente por:
Nombre: Henry Alexander Leal Velasquez
Grado: Coronel
Cargo: Comandante Departamento De Policia
Cédula: 80217422
Título: Administrador Policial
Dependencia: Departamento De Policia Guaviare
Unidad: Departamento De Policia Guaviare
Correo: henry.leal@correo.policia.gov.co
26/02/2026 6:04:41 p. m.

Anexo: no

CALLE 9 A N° 21-20
Teléfono: 58400118
deguv.ofcon@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAVIARE

LA JEFE DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAVIARE

CERTIFICA

Que una vez revisado el acervo documental del Grupo de Contratos DEGUV, se evidenció que la señorita NEYDA DALIS BEDOYA SANCHEZ identificada con cédula de ciudadanía No. 1.120.564.017 de San José del Guaviare, celebró con el Departamento de Policía Guaviare los contratos de prestación de servicios que se relacionan a continuación así:

CONTRATO	OBJETO	VALOR	INICIO	TERMINACIÓN	ESTADO
PN DEGUV 29-7-20010-22	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TECNICO EN SALUD ORAL PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAVIARE.	$ 4.757.784,0 0	20/06/2022	20/09/2022	CERRADO
PN DEGUV 29-7-20031-22	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TÉCNICO EN SALUD ORAL PARA SER PRESTADOS EN EL ESTABLECIMIENTO PRIMARIO DE ATENCIÓN EN SALUD COMANDO GUAVIARE Y EVENTUALMENTE DONDE SE REQUIERA DENTRO DE ÁMBITO DE COMPETENCIA DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAVIARE Y DE ACUERDO CON LO RELACIONADO EN LA CLÁUSULA DE OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.	$ 2.616.781,50	15/10/2022	30/11/2022	CERRADO
PN DEGUV 29-7-20040-22	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TÉCNICO EN SALUD ORAL PARA SER PRESTADOS EN EL ESTABLECIMIENTO PRIMARIO DE ATENCIÓN EN SALUD COMANDO GUAVIARE Y EVENTUALMENTE DONDE SE REQUIERA DENTRO DE ÁMBITO DE COMPETENCIA DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAVIARE Y DE ACUERDO CON LO RELACIONADO EN LA CLÁUSULA DE OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.	$13.665.414,50	5/12/2022	29/07/2023	CERRADO
PN DEGUV 29-7-20031-23	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TÉCNICO EN SALUD ORAL PARA SER PRESTADOS EN EL ESTABLECIMIENTO PRIMARIO DE ATENCIÓN EN SALUD COMANDO GUAVIARE Y EVENTUALMENTE DONDE SE REQUIERA DENTRO DE ÁMBITO DE COMPETENCIA DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAVIARE Y DE ACUERDO CON LO RELACIONADO EN LA CLÁUSULA DE OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.	$19.189.731,00	1/09/2023	31/07/2024	EJECUCIÓN

Obligaciones de los contratos

1. Cumplir con el objeto contractual.
2. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.
3. Responder en los plazos que la **POLICÍA NACIONAL** establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.
4. Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al sistema de seguridad social integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.

5. Constituir en debida forma y aportar al grupo contractual y seguimiento de la UPRES GUAVIARE o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única.
6. Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.
7. No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la Ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la UPRES GUAVIARE de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.
8. Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.
9. Restituir a la POLICÍA NACIONAL los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso de que se hayan suministrado.
10. CATALOGACIÓN: el CONTRATISTA deberá proporcionar la información necesaria para denominar, clasificar, identificar y numerar los artículos de abastecimiento relacionados y/o incluidos en el objeto del contrato, dentro del plazo y en las condiciones señaladas por el Supervisor, quien acreditará el cumplimiento de la presente cláusula, mediante un certificado en que conste la entrega total de la información requerida. La presente certificación será necesaria para la liquidación del contrato. Entendiéndose no finalizada la entrega de los bienes objeto del contrato, en tanto no se cumplan las obligaciones de la cláusula de catalogación.
11. Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de la **POLICÍA NACIONAL**, pacientes y demás personas con que tenga relación con ocasión de la prestación del servicio, observando la moral y las buenas costumbres.
12. Cinco (5) días hábiles antes de la fecha de terminación del contrato, el Contratista deberá presentar al supervisor del mismo un informe consolidado sobre todas las actividades desarrolladas durante el término de su ejecución, así mismo hará entrega de los bienes inventariados para el desarrollo de las tareas del objeto contractual.
13. El contratista se compromete a realizar las actividades propias para las que fue contratado dando cumplimiento a la normatividad y leyes vigentes de carácter general e interno que guarden relación con el Sistema de Gestión Integral (MECI, CALIDAD Y SISTEDA).
14. En cumplimiento al artículo **2.2.4.2.2.16 del Decreto Único Reglamentario del sector trabajo 1072 de 2015. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el articulo 3.1.1 del mismo Decreto 1072 de 2015**). 1. Procurar el cuidado integral de su salud. 2. Diligenciar el formulario de afiliación a la administradora de riesgos laborales. 3. Diligenciar el formato de identificación de peligros de conformidad con las ocupaciones u oficios que va a desarrollar y anexarlo al formulario de afiliación. 4. Practicarse un examen preocupacional y anexar el certificado respectivo al formulario de afiliación a la administradora de riesgos laborales. El costo de los exámenes preocupacionales será asumido por el trabajador independiente. 5. Pagar los aportes al sistema a través de la planilla integrada de liquidación de aportes - PILA. 6. Informar a la administradora de riesgos laborales y a la entidad promotora de salud donde está afiliado, la ocurrencia de accidentes o de enfermedades con ocasión del ejercicio de su ocupación u oficio. 7. Reportar a la administradora de riesgos laborales las novedades que se presenten en relación con las condiciones de tiempo, modo y lugar en que desarrolla su ocupación u oficio. 8. Participar en las actividades de promoción y prevención organizadas por la administradora de riesgos laborales. 9. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de seguridad y salud en el trabajo, incluidos de manera especial los expedidos con relación COVID-19 (Resolución 1155 del 2020), en los cuales se ordena: A) Cumplir con los protocolos de bioseguridad adoptados y adaptados por el contratante durante el tiempo que permanezca en las instalaciones de este, en el ejercicio de las actividades contratadas. B) Reportar al contratante cualquier caso de contagio que se llegase a presentar en el lugar de ejecución del contrato, o su familia, para que se adopten las medidas correspondientes. C) Adoptar las medidas de cuidado de su salud, especialmente relacionados con síntomas de enfermedad respiratoria y reportar en CoronApp; y demás que lo modifiquen, y/o adicionen. 10. Realizarse como mínimo cada año, los exámenes médicos periódicos ocupacionales y contar con el certificado respectivo, el cual

podrá ser requerido por la administradora de riesgos laborales para el monitoreo y gestión del riesgo. El costo de los exámenes será asumido por el afiliado. 11. Realizar como mínimo cada año la identificación de peligros asociados con su labor mediante el diligenciamiento del formulario respectivo, el cual podrá ser requerido por la administradora de riesgos laborales para el monitoreo y gestión del riesgo.12. Acoger y poner en práctica las recomendaciones que en materia de prevención del riesgo imparta la administradora de riesgos laborales.13. Disponer y asumir el costo de los elementos de protección personal necesarios y utilizarlos para ejecutar su ocupación u oficio. De conformidad con el **artículo 2.2.4.2.2.18, de este mimo decreto, los exámenes preocupaciones tendrán una vigencia de 3 años,** y será válido para todos los contratos que suscriba el contratista, siempre y cuando se haya valorado el factor de riesgo más alto al cual estará expuesto en todos los contratos. En el caso de perder su condición de contratista por un periodo superior a seis (6) meses continuos, deberá realizarse nuevamente el examen.

15. **PRACTICAS AMBIENTALES:** aplicar las buenas prácticas ambientales, participar de los programas y campañas ambientales, así como las demás exigencias que se establezcan en el Sistema de Gestión Ambiental en todas las actividades que realice durante la prestación del servicio dentro de las instalaciones policiales. Garantizar la disposición final de los residuos sólidos aprovechables, ordinarios y peligrosos entre otros relacionados en el título 6 del decreto 1076 de 2015 o el que lo modifique o sustituya. Disposición final adecuada de los residuos eléctricos y electrónicos que con ocasión del mantenimiento de equipos de cómputo se generen, conforme a lo descrito en la Ley 1672 del 2013. Participar activamente de las capacitaciones que brinde el responsable de gestión ambiental y aplicar cabalmente los conceptos en el puesto de trabajo: manejo elementos de protección, sustancias químicas, normativa ambiental, ahorro y uso eficiente agua energía, saneamiento, gestión de residuos, entre otros.
    Enviar al responsable de gestión ambiental y de seguridad del trabajo las hojas de seguridad de elementos químicos que manipule en su puesto de trabajo.
16. Para la facturación de los bienes o servicios contratados, se debe tener en cuenta los lineamientos y parámetros contemplados en la Circular Externa 016 del 09 de marzo de 2021 establecidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, por medio del cual se implementa el modelo de recepción de facturas de venta, notas débito y/o notas crédito, la cual es de obligatorio cumplimiento, de acuerdo con la Directiva Presidencial 09 del 17 de septiembre de 2020 "*Lineamientos para el Pago de Proveedores del Estado*" y la Resolución No. 000042 del 05 de mayo de 2020, "*Por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos*" y el registro de la factura electrónica de venta.
17. El contratista se obliga a cumplir con la normatividad relacionada con el correcto diligenciamiento de consentimiento informado, así como de la historia clínica electrónica y normatividad interna de la Dirección de Sanidad contenida en Directivas, Instructivos, Guías y demás documentos, conforme a las herramientas tecnológicas dispuestas por la DISAN, so pena de incurrir en responsabilidad disciplinaria, administrativa y civil según sea el caso y conforme las investigaciones que se adelanten.
18. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo.
19. Informar a los contratantes de la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales
20. Participar en las actividades de prevención y promoción organizada por el contratante, los Comités de Seguridad en el Trabajo o la Administradora de Riesgos Laborales. Informar oportunamente al contratante toda novedad derivada del contrato
21. Presentarse a la realización de exámenes periódicos programados por la Unidad Prestadora de Salud Guaviare.
22. Presentarse a realizarse el examen de egreso, según notificación por escrita por parte del jefe de la Unidad Prestadora de Salud Guaviare.
23. Colaborar y propender por el cuidado de los recursos de la entidad (Físicos, Técnicos y Económicos) incluida la propiedad intelectual y derechos de autor, y elementos entregados por la Unidad Prestadora de Salud Guaviare, para la debida ejecución de las actividades convenidas y a no utilizarlos para fines y en lugares diferentes a los contratados y a devolverlos a la Institución a la terminación del presente contrato. Así mismo, se responsabiliza de los daños o pérdida que sufran

estos, a excepción del deterioro natural por el uso, de acuerdo con lo estipulado en los artículos 2202, 2203, 2204 del Código Civil, pero no será responsable en los eventos de caso fortuito y fuerza mayor. Los bienes que entregue la Entidad al CONTRATISTA para el desarrollo de las tareas objeto del presente contrato, se hará mediante inventario, el cual se suscribirá al inicio del contrato.

24. Diligenciar toda la documentación requerida para la atención del usuario, en forma legible y completa, en los formatos diseñados para tal fin, llevar controles estadísticos con fines científicos y administrativos y reportar las enfermedades de notificación obligatoria.
25. Contribuir con el desarrollo de la Unidad Prestadora de Salud Guaviare donde preste sus servicios, revisando y mejorando los procesos de atención a fin de ofrecer un servicio eficiente, de calidad humana y cálida a los usuarios.
26. El técnico en salud oral deberá cumplir con las siguientes obligaciones en seguridad y salud en el trabajo:

- Procurar por el cuidado integral de su salud.
- Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo de la institución.
- Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo (Mecanismo de reporte por medio de formato PQRS ubicado en atención al usuario).
- Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo, definido en el plan de capacitación del SG-SST.
- Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo SG-SST.
- Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad laboral.
- Informar al empleador o contratante la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo o enfermedades laborales.
- Conocer la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional.
- Realizar auto reporte de condiciones de trabajo y de salud cuando le sea solicitad.
- Informar oportunamente al contratante toda novedad derivada del contrato.
- Allegar de manera inmediata las incapacidades médicas que se genere.
- Certificado vigente de afiliación a EPS y Fondo de Pensiones y mes a mes generar copia de estos documentos a procesos de SST, para verificaciones pertinentes.

27. Las demás de acuerdo a la necesidad de la unidad prestadora de salud Guaviare y las contenidas en el artículo 5° de la ley 80 DE 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones de la actuación contractual.

Dada en San José del Guaviare, a los doce (12) días del mes de febrero del 2024 a solicitud del interesado.

Atentamente,

Teniente **NELSON OSWALDO ULLOA BLANCO**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Guaviare

Elaboró: PT. Eduardo Hernández Perdomo
Analista Grupo de Contratos (E)
Fecha de elaboración. 12/02/2024
Ubicación mis documentos/procesos

Calle 9 No. 21-20 - barrio la Esperanza
Teléfono No. 5840118-3203039276
deguv.ofcon@correo.policia.gov.co
www.policia.gov.co

Humana

INFORMACIÓN PÚBLICA

EL JEFE DE OFICINA JURIDICA Y DE CONTRATACION DE LA E.S.E. RED DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL

CERTIFICA:

Que, revisada la base de datos de la Oficina Jurídica y Contratación de la **ESE RED DE SERVICIOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL**, se constató que la señora **NEYDA DALIS BEDOYA SANCHEZ**, identificada con cédula de ciudadanía **N°1.120.564.017** expedida en **SAN JOSE DEL GUAVIARE**, ejecuto a satisfacción los contratos de prestación de servicios suscritos con la **E.S.E. RED DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL**, según las especificaciones y obligaciones que a continuación se relacionan:

NUMERO DE CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	VALOR DEL CONTRATO	OBJETO	ESTADO
135/2015	5/02/2015	4/03/2015	$2.800.000	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA HIGIENISTA ORAL PARA EL CENTRO DE SALUD MARÍA CRISTINA COBO MAHECHA DE LA ESE RED DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL.	EJECUTADO
235/2015	1/04/2015	30/06/2015	$3.900.000		EJECUTADO
460/2015	1/07/2015	31/07/2015	$1.300.000		EJECUTADO
561/2015	3/08/2015	2/01/2016	$6.500.000		EJECUTADO
092/2016	13/01/2016	12/04/2016	$3.900.000		EJECUTADO
282/2016	5/04/2016	4/06/2016	$2.600.000		EJECUTADO
503/2016	7/06/2016	30/07/2016	$1.300.000		EJECUTADO
633/2016	7/07/2016	6/08/2016	$1.300.000		EJECUTADO
669/2016	1/08/2016	31/08/2016	$1.300.000		EJECUTADO
438/2017	4/07/2017	3/12/2017	$7.499.999	CONTRATAR UN (A) TÉCNICO EN SALUD ORAL, CON EL FIN DE APOYAR EL DESARROLLO Y LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES, EN EL MARCO DE LAS ESTRATEGIAS DE LA DIMENSIÓN DE VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MUNICIPIO DE EL RETORNO, QUE ADELANTA LA ESE RED DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL	EJECUTADO
344/2018	03/07/2018	02/12/2018	$7.500.000	CONTRATAR: UNA TÉCNICO EN SALUD ORAL CON EL FIN DE APOYAR EL DESARROLLO Y LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA DIMENSIÓN DE CONDICIONES NO TRANSMISIBLES, EN EL MARCO DE LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEL	EJECUTADO

				MUNICIPIO DE EL RETORNO VIGENCIA 2018. QUE ADELANTA LA ESE RED DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL.	
334/2019	15/05/2019	14/11/2019	$9.600.000	CONTRATAR UN (A) TÉCNICO EN SALUD ORAL CON EL FIN DE APOYAR EL DESARROLLO Y LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA DIMENSIÓN DE CONDICIONES NO TRANSMISIBLES, EN EL MARCO DE LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEL MUNICIPIO DE EL RETORNO VIGENCIA 2019, QUE ADELANTA LA ESE RED DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL.	EJECUTADO
254/2021	15/04/2021	30/10/2021	$13.650.000	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA HIGIENISTA ORAL, PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEL MUNICIPIO DEL RETORNO GUAVIARE, QUE ADELANTA LA ESE RED DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL.	EJECUTADO

Realizando las siguientes actividades del 2015 y 2016:

1) Dar apoyo al odontólogo en todos los procesos asistenciales y administrativos.
2) Impartir educación en salud oral acorde a los diferentes grupos etareos.
3) Ejecutar actividades encaminadas a la prevención de la caries y la enfermedad periodontal.
4) Realizar acciones de higiene oral.
5) Realizar índice de placa bacteriana y profilaxis.
6) Eliminar cálculos y tinciones dentales y realizar dertrataje y pulidos.
7) Aplicar fluoruros tópicos en sus distintas formas.
8) Colocar selladores de fosas y fisuras con técnicas no invasivas.

Realizando las siguientes actividades del 2017 – 2018 - 2019:

1) Prestar apoyo a las actividades planeadas por el equipo de profesionales del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas de EL RETORNO, que adelanta la ESE Red de Servicios de Salud de Primer Nivel.

2) Apoyar en el fortalecimiento de red interinstitucional "El Retorno salud para todos", para capacitar acerca de la importancia de la salud bucal
3) Apoyar y acompañar cada una de las actividades de: información, educación, comunicación y canalización, del componente de vida saludable y enfermedades no transmisibles
4) Digitar listados de asistencias de la reunión, sesiones educativas, canalizaciones y capacitaciones realizadas.
5) Direccionar durante las jornadas de salud, para promocionar la salud bucal, en lugares de difícil acceso del Municipio de El Retorno Guaviare
6) Acompañar al profesional de la dimensión de no transmisibles el desarrollo de estrategias comunicativas orientadas a la promoción de la salud bucal
7) Generar acciones educativas para la promoción en la salud bucal
8) Organizar documentos, material de trabajo y los soportes del informe tales como: fichas técnicas, listados de asistencia, registros fotográficos y demás documentos que hagan parte de las evidencias.
9) Elaborar el material didáctico correspondiente a las actividades que se desarrollaran en las estrategias.
10) Asistir y apoyar a las reuniones y capacitaciones programadas que sean parte del desarrollo de sus actividades y las del Plan de Salud Pública.
11) entregar oficios necesarios para el desarrollo de sus actividades.
12) Acompañar a las diferentes comisiones programadas en el área rural cuando sea necesario.
13) Tomar las evidencias de los procedimientos realizados
14) Tener disponibilidad para el apoyo de las actividades de movilización social convocadas por el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas: semana de la lactancia materna, violencia de género, semana de la EPA, caravana del buen trato, día internacional de la eliminación del VIH/ SIDA, salud bucal y las que programe cada dimensión en el marco del Plan de Salud Pública.
15) Apoyar en los informes parciales y el final, teniendo en cuenta el desarrollo de las acciones planeadas, los soportes, registros fotográficos y el producto a entregar.
16) Reportar mes a mes el consolidado de sesiones educativas realizadas.

Realizando las siguientes actividades del 2021:

1) Difundir mensajes mediante el canal regional, radio, redes virtuales, prensa y/o perifoneo (10 mensajes mensuales)
2) Acompañar las jornadas de salud programadas por las IPS del municipio
3) Realizar 1 sesión educativa por cada evento de interés en cada jornada de salud

acompañada
4) realizar Capacitaciones al talento humano en salud
5) Elaborar el material didáctico correspondiente a las actividades que se desarrollaran en las estrategias.
6) Realizar dos campañas en salud oral en educación y aplicación de barniz fluor entre las edades de 1 a 17 años
7) Digitar y entregar oficios necesarios para el desarrollo de sus actividades.
8) Entregar la papelería diaria y la digitación para los respectivos informes parciales y final
9) Presentación de informes parciales y final de cada una de las dimensiones

La presente se expide a solicitud del interesado, el día **TREINTA Y UNO (31)** de **JULIO** del **2026.**

CESAR RINCON FLORIANO
JEFE DE OFICINA JURIDICA Y DE CONTRATACION.

Elaboró: Adriana Medina Zuluaga
Revisó y Aprobó: Asesor jurídico.

Visión Oral
Digital
CENTRO DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS
Y ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA

LA IPS VISION ORAL DIGITAL SAS
NIT:901311745

La suscrita, en calidad de representante legal, certifica que la señora **Neyda Dalis Bedoya Sánchez**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.120.564.017**, laboró desempeñando el cargo de **Técnica en Salud Oral**, desde el **1 de junio de 2016 hasta el 30 de junio de 2018**.

Durante el tiempo laborado desempeñó funciones tales como asistencia directa al odontólogo en los diferentes procedimientos clínicos, preparación de instrumental y materiales odontológicos, esterilización y control de los procesos de bioseguridad, manejo y organización de historias clínicas, preparación y orientación del paciente antes, durante y después de cada procedimiento, educación en higiene oral y promoción de la salud bucal, toma de radiografías odontológicas cuando era requerido y apoyo en el manejo de insumos y control básico de inventarios del área clínica.

Durante el tiempo laborado, cumplió sus funciones con responsabilidad, compromiso y ética profesional en las actividades asistenciales propias del cargo.

El tiempo total de servicio fue de **dos (2) años y un (1) mes**.

Para constancia de lo anterior se firma en San José del Guaviare, a los 11 días del mes de febrero de 2026.

Cordialmente,
YINA MARCELA NEIRA RODRIGUEZ
Representante Legal
C.C. 30.080.936
Cra 27 N° 13 – 39 casa 8 Barrio el Dorado

CONSULTORIO ODONTOLÓGICO SERVIORAL
DOCTOR EDWIN MÁRQUEZ
NIT: 79.651.359-9

San José del Guaviare, 2 de marzo de 2026

SERVIORAL

CLÍNICA ODONTOLÓGICA ESPECIALIZADA

CERTIFICA:

Que **NEIDA DALIS BEDOYA SANCHEZ**, identificada con cédula de ciudadanía número **1.120.564.017**, laboró en esta institución desde el mes de enero de 2011 hasta diciembre de 2011, desempeñando el cargo de Técnico en Salud Oral.

Durante el tiempo de vinculación cumplió con las funciones de asistencia al personal odontológico, preparación y esterilización de instrumental, atención al cliente y demás actividades inherentes a su cargo, demostrando ser una persona honesta y responsable de sus funciones.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada, a los 2 días de marzo de 2026.

EDWIN ALEXANDER MÁRQUEZ HINCAPIÉ
Odontólogo y Ortodoncista
Servioral Clínica Odontológica Especializada
Cel. 3108623613

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 02:55:23 PM horas del 02/11/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1120564017**
Apellidos y Nombres: **BEDOYA SANCHEZ NEYDA DALIS**

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.

Volver al Inicio

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 305769426

PIB
10:47:58

Bogotá DC, 03 de noviembre 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) NEYDA DALIS BEDOYA SANCHEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1120564017:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 03 de noviembre de 2026, a las 10:43:46, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1120564017
Código de Verificación	1120564017261103104346

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.

LUIS MIGUEL MARTÍNEZ ROMERO

Contralor Delegado

Generó: WEB

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 02/11/2026 03:27:20 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1120564017** y Nombre: **NEYDA DALIS BEDOYA SANCHEZ.**

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. **150746923** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

GOV.CO

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 15:22:15 horas del 02/11/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1120564017,** Apellidos y Nombres **BEDOYA SANCHEZ NEYDA DALIS**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **POLICIA NACIONAL**, con NIT **800252722-2** 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

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 1120564017 **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 02/11/2026 03:11 PM

Código Verificación: **M8HN7QFPLX**

Válida hasta: **02/02/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14733362884

(415)7707212489984(8020) 000001473336288 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 2 0 5 6 4 0 1 7	1	Delegada de Imp y Aduanas de San José de Guaviare 7 8	

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 1 2 0 5 6 4 0 1 7	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Guaviare 9 5	San José del Guaviare 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BEDOYA	SANCHEZ	NEYDA	DALIS

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Guaviare 9 5	San José del Guaviare 0 0 1

41. Dirección principal: MZ C CA 3 BRR PORTAL DE BELEN

42. Correo electrónico: besane@hotmail.es

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

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 2 2	2 0 1 0 0 5 0 3	8 6 9 9	2 0 1 0 0 5 0 3					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 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 2021-01-22 / 05:54:52PM

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 BEDOYA SANCHEZ NEYDA DALIS

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 02-11-2026 03:14:06PM

POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA
DIRECCION DE SANIDAD

FORMATO INFORMACION DE TERCEROS

DILIGENCIAR EN LETRA IMPRENTA, MAQUINA O COMPUTADOR

1.TIPO DE BENEFICIARIO

1.2 Consorcio o Unión Temporal	☐	1.11 Persona Natural Extranjera	☐
1.2 Departamento	☐	1.12 Persona Natural Nacional	X
1.3 Empresa Pública Nacional no Financiera	☐	1.13 Persona Jurídica Nacional Sector Privado	☐
1.4 Empresa Pública Nacional Financiera	☐	1.14 Persona Jurídica Pública Administración Central Nacional	☐
1.5 Establecimiento Público Nacional	☐	1.15 Persona Jurídica Extranjera Sector Privado	☐
1.6 Gobierno Extranjero	☐	1.16 Regional sin NIT Especial	☐
1.7 Municipio	☐	1.17 Resguardo	☐
1.8 Otra Pública Departamental	☐	1.18 Sociedad de Economía Mixta	☐
1.9 Otra Pública Municipal	☐	1.19 Universidad Pública	☐
1.10 Otro Beneficiario	☐	1.20 Empresa Industrial y Comercial del Estado	☐

2.TIPO DE DOCUMENTO

2.1 Cédula de Ciudadanía	X	2.4 Otro Tipo de Documento	☐
2.2 Cédula de Extranjería	☐	2.5 Pasaporte	☐
2.3 Número de Identificación Tributaria	☐	2.6 Tarjeta de Identidad	☐

NUMERO DEL DOCUMENTO 1 1 2 0 5 6 4 0 1 - 7

ANEXAR FOTOCOPIA DE CEDULA Ó NIT

3.TIPO DE RETENCION

3.1 Auto retenedor no gran Contribuyente	☐	3.5 General no es Gran Contribuyente ni Auto retenedor	☐
3.2 Entidad Estatal ó sin ánimo de lucro	☐	3.6 Régimen Común	☐
3.3 Gran contribuyente Autoretenedor	☐	3.7 Régimen Simplificado	X
3.4 Gran contribuyente no Autoretenedor	☐		

4.NOMBRE O RAZON SOCIAL NEYDA DALIS BEDOYA SANCHEZ

5.PAIS COLOMBIA

6.CIUDAD SAN JOSE DEL GUAVIARE

7.TELEFONO Y FAX 317 7 83 87 51

8.DIRECCION MZA Q CASA 16 SANTO DOMINGO

9.E-MAIL BESANE@HOTMAIL.ES

4. INFORMACION DE LA CUENTA

1.ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA: BANCOLOMBIA

2.NUMERO DE LA CUENTA: 8 2 8 2 4 8 0 5 1 1 0

3.CLASE DE CUENTA: **CORRIENTE** ☐ **AHORROS** X

ANEXAR CERTIFICACION BANCARIA

SE DA FE DE LA INFORMACION REGISTRADA ANTERIORMENTE

FECHA 02 DE NOVIEMBRE 2026

Neyda Dalis Bedoya S.

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL - CONTRATISTA

Certificación
Bancaria

Lunes, 02 de noviembre de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que NEYDA DALIS BEDOYA SANCHEZ identificado(a) con CC 1120564017, 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	82824805110	2014-05-15	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 de Colombia
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

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:

NEYDA DALIS BEDOYA SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.120.564.017**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 2 de Noviembre 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.

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) NEYDA DALIS BEDOYA SANCHEZ identificado(a) con CC 1120564017 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**08/05/2014**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**NUEVA EPS S.A.**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 3 días del mes de noviembre del año 2026.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

NEYDA DALIS BEDOYA SANCHEZ

C.C 1.120.564.017

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 16 de junio 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 761563975000

ODONTOMEDIC IPS S.A.S.
NIT. 900.014.435-6
Código de Prestador: 950010010001

Calle 13 No. 19a-61 Barrio El Modelo, San José del Guaviare
Cels. 3134859449 - 3142507053 - Tel. (8) 5840702 - E-mail. odontomedicips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5.709

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	09 MES	2025 AÑO	SAN JOSÉ DEL GUAVIARE (GUAVIARE, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO OSTEOMUSCULAR

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

PARTICULARES	POLICIA NACIONAL
Nombre del Acuerdo Comercial	Empresa en misión

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

Apellidos	Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
BEDOYA SANCHEZ	NEYDA DALIS	FEMENINO	36 AÑOS 11 MESES 4 DÍAS	CC (Tipo)	1120564017 (Numero)

Cargo
TECNICO DE CONSULTORI ODONTOLOGICO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	OBSERVACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

VISIOMETRÌA	✓	CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS	✓
CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO OSTEOMUSCULAR	✓	VACUNA HEPATITIS A	✓
CUADRO HEMATICO	✓	VACUNA HEPATITIS B	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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 personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CC: 1082897825 - OMEL DAVID GUTIERREZ

R. M.: 95 715/2013 **L.S.O.:** RES. 95-201

Código de Seguridad K827Q1W5709

Aspirante o Trabajador

Firma: Neyda Dalis Bedoya S

Nombre: BEDOYA SANCHEZ NEYDA DALIS

CC: 1120564017

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAVIARE

CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE EL PROCESO DE SELECCIÓN

REALIZADO POR TALENTO HUMANO

NEYDA DALIS BEDOYA SANCHEZ, identificada con cedula de ciudadanía número 1120564017 de San José del Guaviare, durante el proceso de selección se me ha informado en el momento de la entrevista que el contrato que llegaría a firmar con la Unidad Prestadora de Salud Guaviare de la Policía Nacional, es por **CONTRATO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS**, donde debo cumplir con los siguientes requisitos:

1) Pagar salud, pensión y ARL como independiente, sobre el 40% del valor mensual de mis honorarios, sin que este valor sea inferior a un salario mínimo mensual legal vigente.

Acepto: si No Acepto: __

2) Se me ha explicado los diferentes riesgos de afiliación a la ARL dependiendo de la Unidad Médica a Laborar.

Acepto: si No Acepto: __

3) Realizar el pago de pólizas contractuales las cuales son, de calidad y cumplimiento, responsabilidad civil y contractual (si aplica); las pólizas se pagan por el valor total del contrato ante cualquier aseguradora.

Acepto: si No Acepto: __

4) Me han dado a conocer que la unidad a laborar es **UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAVIARE**, con una intensidad horaria equivalente a, 190 horas mensuales.

Acepto: si No Acepto: __

FIRMA Neyda Dalis Bedoya S.

NOMBRE NEYDA DALIS BEDOYA SANCHEZ

CEDULA 1120564017

DOCUMENTO NO CONTROLADO

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAVIARE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha de toma del consentimiento: 02 de noviembre 2026

Lugar de toma del consentimiento: UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAVIARE

Yo: NEYDA DALIS BEDOYA SANCHEZ identificado con cedula de ciudadanía número 1120564017 de San José del Guaviare.

Mediante el presente documento legal **AUTORIZO** para consultar los antecedentes en Línea en la página de la Dirección de Investigación Criminal e INTERPOL habilitada con mi número de cedula, de acuerdo a la Ley 1918 del 2018 donde se adiciona como inhabilidad "por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidad a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones", y en cumplimiento al comunicado oficial GS-2021-077865-DISAN se verifique antecedentes de delitos sexuales registrados a nombre de este profesional

FIRMA Neyda Dalis Bedoya S.

HUELLA



NOMBRE **NEYDA DALIS BEDOYA SANCHEZ**

CEDULA **1120564017**

San José del Guaviare, 02 de noviembre de 2026.

Señor coronel
HENRY ALEXANDER LEAL VELÁSQUEZ
Comandante de Departamento de Policía Guaviare
Calle 9 # 21- 20 La Esperanza
Ciudad.

Afiliación voluntaria ARL

De manera atenta me permito manifestar mi voluntad de afiliarme a la administradora de riesgos profesionales que esa institución indique en el momento de firmar contrato de prestación de servicios profesionales

En caso de ser atendido mi requerimiento solicito me sea informado al correo electrónico besane@hotmail.es

Para los anteriores fines me permito manifestar que mi hoja de vida reposa en esa institución.

Atentamente,

FIRMA Neyda Dalis Bedoya S.

NOMBRE NEYDA DALIS BEDOYA SANCHEZ

CEDULA 1120564017

Agencia Nacional
de Contratación Pública
Colombia Compra Eficiente

CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

NEYDA DALIS BEDOYA SANCHEZ, identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de persona natural, manifiesta que:

1. No tengo la calidad de comerciante.
2. No ejerzo de manera habitual actos de comercio.

En consecuencia, no me encuentro obligado a llevar libros de contabilidad de acuerdo con lo contemplado en el artículo 48 del Código de Comercio.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días 02 del mes de noviembre de 2026

NEYDA DALIS BEDOYA SANCHEZ

Firma del proveedor persona natural no obligado a llevar libros de contabilidad

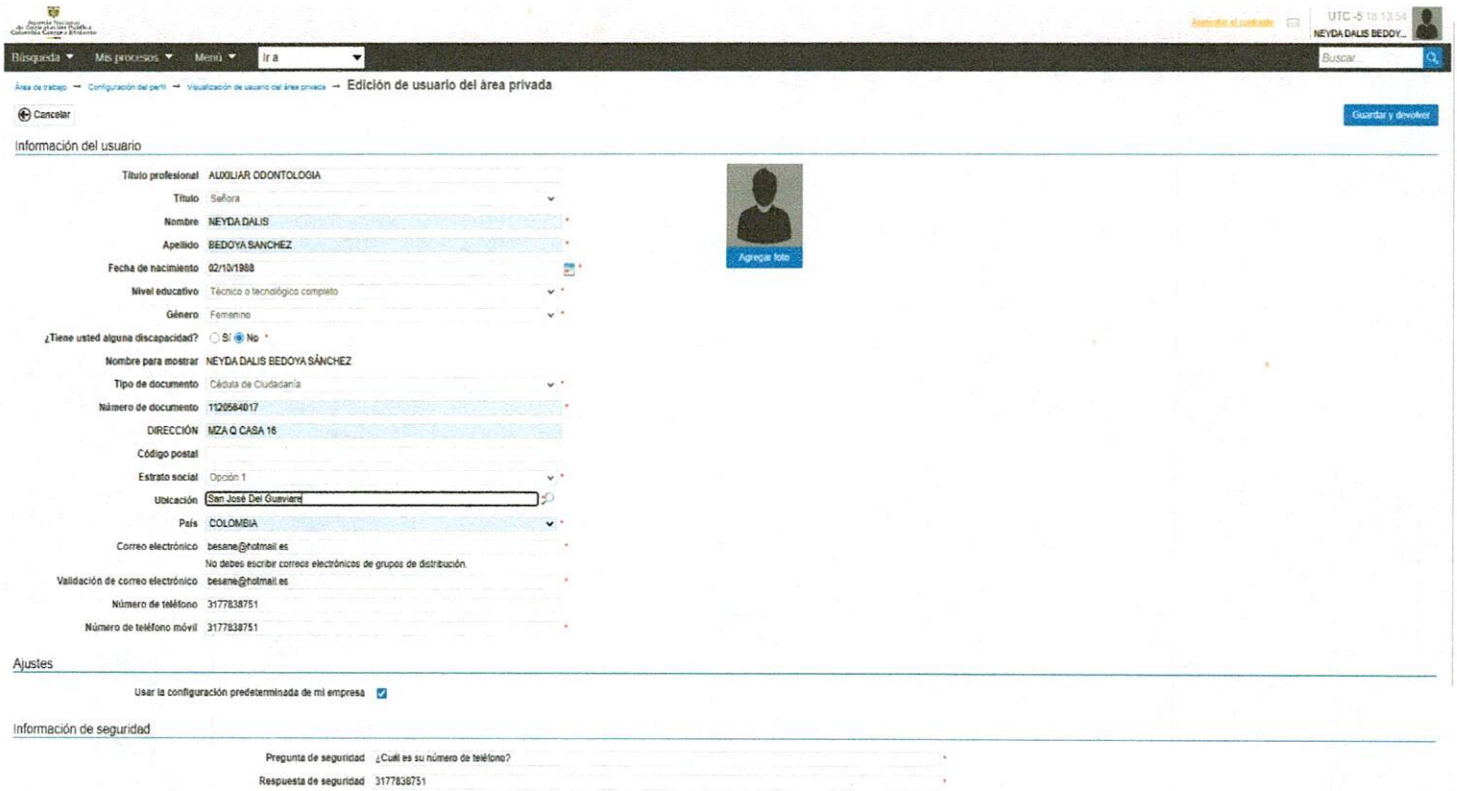
Nombre: Neyda Dalis Bedoya S

Documento de Identidad: 1.120.564.017

Certificado de Información

El Departamento Administrativo de la Función Pública certifica que en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEPII, el usuario NEYDA DALIS BEDOYA SANCHEZ identificado(a) tipo de identificación CEDULA DE CIUDADANIA 1120564017 no registra actualmente Vinculación Activa ni contrato Vigente en el SIGEPII en la entidad DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL donde está asociado el usuario. Esta certificación se expide a los 2 días del mes de noviembre del año 2026, a las 17:31 (horas)

Función Pública



Estimado (a) usuario (a),

Hemos recibido su pedido de consulta del estado del usuario. Le informamos que el estado del usuario neydadalis00 es Activo.

Muchas Gracias.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: d3c15665-d37e-4e52-a408-7891df023214

Nombres y apellidos / Full name: **NEYDA DALIS BEDOYA SANCHEZ**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1120564017**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **02/10/1988**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3177838751**

Correo electrónico / e-mail: **no@gmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	09	01	2014		AHBC310AF	SAN JOSE DEL GUAVIARE NUEVA SALUD INTEGRAL	
TD Adulto	Primera	09	01	2014		024L1009E	GUAVIARE PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	
Fiebre Amarilla	Única	09	01	2014		J50051	GUAVIARE PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	
TD Adulto	Segunda	29	05	2020		2338X004AE	SAN JOSE DEL GUAVIARE NUEVA SALUD INTEGRAL	SANDRA YAZMIN SABOGAL SAEZ
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	29	05	2020		V50220006	SAN JOSE DEL GUAVIARE NUEVA SALUD INTEGRAL	SANDRA YAZMIN SABOGAL SAEZ
TdaP Acelular Gestante	Anual	24	08	2020		AC37B334AC	SAN JOSE DEL GUAVIARE NUEVA SALUD INTEGRAL	SANDRA YAZMIN SABOGAL SAEZ
COVID ASTRAZENECA	Primera	24	06	2021	Oxford-AstraZeneca	ABX6491	GUAVIARE HOSPITAL DE PRIMER NIVEL EL RETORNO	NELSON LEYNER MORALES LOPEZ
COVID ASTRAZENECA	Segunda	22	09	2021	Oxford-AstraZeneca	NK0155	GUAVIARE HOSPITAL DE PRIMER NIVEL EL RETORNO	HOLMAN CASTAÑEDA MONTAÑA
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	25	02	2022	PFIZER	FM2954	SAN JOSE DEL GUAVIARE NUEVA SALUD INTEGRAL	NASDY ZULEYMA GORDILLO NEIRA
TD Adulto	Tercera	13	05	2022	Serum	2339X026A	SAN JOSE DEL GUAVIARE NUEVA SALUD INTEGRAL	ESTHER ODILIA HERNANDEZ DIAZ
TD Adulto	Cuarta	24	08	2023	Serum	2331L027C	SAN JOSE DEL GUAVIARE NUEVA SALUD INTEGRAL	ESTHER ODILIA HERNANDEZ DIAZ
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	31	08	2023	BUTANTAN	230050	ESPAB COMANDO GUAVIARE	ADRIANA VICTORIA ROSALES VERANO
COVID MODERNA BIVALENTE	Adicional	12	12	2023	Catalent Indiana	010B23-2A	ESPAB COMANDO GUAVIARE	ADRIANA VICTORIA ROSALES VERANO
TD Adulto	Quinta	05	09	2025	Serum	2334X006A	SAN JOSE DEL GUAVIARE NUEVA SALUD INTEGRAL	SAYDA LOPEZ BAYONA

El Mnisterio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El camé podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Mnistery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

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

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: d3c15665-d37e-4e52-a408-7891df023284

Nombres y apellidos / Full name: **NEYDA DALIS BEDOYA SANCHEZ**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1120564017**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **02/10/1988**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3177838751**

Correo electrónico / e-mail: **no@gmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	05	09	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525002	SAN JOSE DEL GUAVIARE NUEVA SALUD INTEGRAL	SAYDA LOPEZ BAYONA
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	05	09	2025		8202408013	SAN JOSE DEL GUAVIARE NUEVA SALUD INTEGRAL	SAYDA LOPEZ BAYONA
Hepatitis A Adultos Particular	Primera	05	09	2025		AHAVC164AJ	SAN JOSE DEL GUAVIARE NUEVA SALUD INTEGRAL	SAYDA LOPEZ BAYONA
Fiebre Amarilla	Refuerzo	30	03	2026	Sanofi Pasteur	Y3D33	MELGAR ESE CENTRAL DE URGENCIAS LOUIS PASTEUR	JENNIFER DAYANA TOVAR CASTAÑO - CC1003569213 - ACTIVO

El Mnisterio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Mnistery of Health and Social Protection certifies that the informatión in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

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

FEDERACIÓN COLOMBIANA DE MUNICIPIOS | simit

PAZ Y SALVO

Cédula: **1120564017**

Fecha de expedición: 02/11/2026

Te informamos que actualmente no tienes multas e infracciones pendientes de pago en los Organismos de Tránsito conectados a SIMIT.

Este documento fue expedido el 02 de noviembre de 2026 a las 03:31 p. m. **es de carácter gratuito** y es válido durante la fecha de expedición. Además, no aplica como documento para realizar pagos, es solo una consulta del estado de cuenta.

San José del Guaviare, 02 de noviembre de 2026.

Yo: **NEYDA DALIS BEDOYA SANCHEZ** identificado con cedula de ciudadanía número 1120564017 de san José del Guaviare.

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que SI _ NO X me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad del orden constitucional o legal, para ejercer cargos empleos públicos o para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública, conforme al artículo 8 de la Ley 80 de 1.993, Ley 734 de 2002, Ley 1150 de 2007 y Ley 1474 de 2011. 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).

FIRMA Neyda Dalis Bedoya S.

NOMBRE **NEYDA DALIS BEDOYA SANCHEZ**

CEDULA **1120564017**

Validación
del certificado

EDUCACIÓN LABORAL
AVANZADA

Certificado de participación

Neyda Dalis Bedoya Sanchez
CC 1120564017

Por haber asistido a

Curso trato humanizado del paciente

Con una duración de 5 Horas

16 de junio de 2026

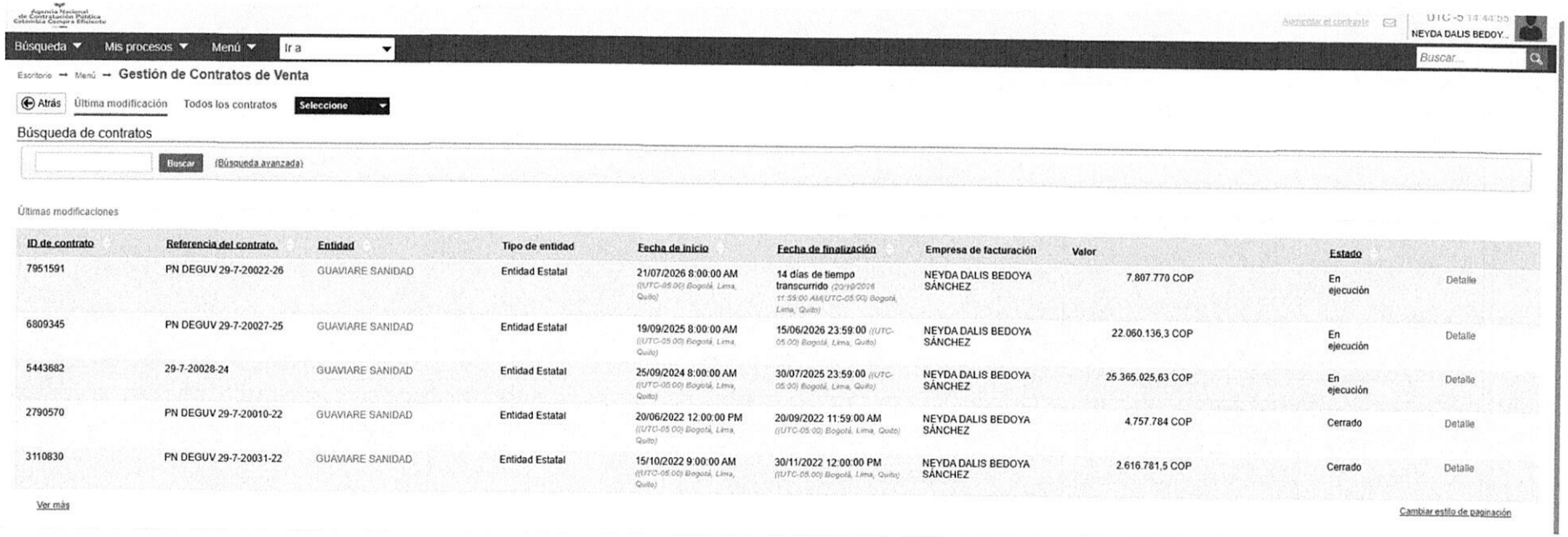
Con el respaldo académico de:

APF
Academia de Peritos Forenses
Licencia de funcionamiento número 88772
otorgada por la Secretaría de Educación de Itagüí

Juan David Avendaño
Director Científico

www.edulab.com.co

Codigo de certificado: APF-260616-0036



Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Anunciar el contrato

UTC-5 14:44:55

NEYDA DALIS BEDOY...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → **Gestión de Contratos de Venta**

Atrás | Última modificación | Todos los contratos | Seleccione

Búsqueda de contratos

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

ID de contrato	Referencia del contrato.	Entidad	Tipo de entidad	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Empresa de facturación	Valor	Estado	
7951591	PN DEGUV 29-7-20022-26	GUAVIARE SANIDAD	Entidad Estatal	21/07/2026 8:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	14 días de tiempo transcurrido (20/10/2026 11:59:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	NEYDA DALIS BEDOYA SÁNCHEZ	7.807.770 COP	En ejecución	Detalle
6809345	PN DEGUV 29-7-20027-25	GUAVIARE SANIDAD	Entidad Estatal	19/09/2025 8:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	15/06/2026 23:59:00 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	NEYDA DALIS BEDOYA SÁNCHEZ	22.060.136,3 COP	En ejecución	Detalle
5443682	29-7-20028-24	GUAVIARE SANIDAD	Entidad Estatal	25/09/2024 8:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	30/07/2025 23:59:00 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	NEYDA DALIS BEDOYA SÁNCHEZ	25.365.025,63 COP	En ejecución	Detalle
2790570	PN DEGUV 29-7-20010-22	GUAVIARE SANIDAD	Entidad Estatal	20/06/2022 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	20/09/2022 11:59:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	NEYDA DALIS BEDOYA SÁNCHEZ	4.757.784 COP	Cerrado	Detalle
3110830	PN DEGUV 29-7-20031-22	GUAVIARE SANIDAD	Entidad Estatal	15/10/2022 9:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	30/11/2022 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	NEYDA DALIS BEDOYA SÁNCHEZ	2.616.781,5 COP	Cerrado	Detalle

Ver más

Cambiar estilo de paginación

San José del Guaviare, 18 de noviembre de 2026

Señor coronel
Henry Alexander Leal Velásquez
Comandante Departamento de Policía Guaviare
Calle 9 21-20 Barrio la Esperanza
San José del Guaviare

Respetado coronel,

Yo **NEYDA DALIS BEDOYA SANCHEZ** identificado con cedula de ciudadanía número 1120564017 de San José del Guaviare, certifico que de conformidad en lo establecido en el Artículo 905 de estatuto tributario, bajo gravedad de juramento, que SI _NO X he obtenido ingresos brutos ordinarios y extraordinarios iguales o superiores a 1400 UVT e inferiores a 3500 UVT en el año gravable 2026.

FIRMA Neyda Dalis Bedoya S.

NOMBRE **NEYDA DALIS BEDOYA SANCHEZ**

CEDULA **1120564017**

DEGUV – UPRES – 29.25

La Policía Nacional, considerando que usted ofrece condiciones personales y profesionales para acceder a la información que se administra en la Institución, teniendo en cuenta la misión de la Policía Nacional y que esta implica manejar información de diferentes niveles de clasificación, requiere que en correspondencia con el voto de confianza otorgado con la posibilidad de acceso a la información de la Policía Nacional usted suscriba el siguiente compromiso.

Yo, *NEYDA DALIS BEDOYA SANCHEZ* Identificado con Cédula de Ciudadania No. *1120564017*, con domicilio en San José del Guaviare mza q casa 16, quien cumple funciones en la empresa Unidad Prestadora de Salud Guaviare , en el cargo Auxiliar de odontología, en adelante denominado EL CONTRATISTA O TERCERO, bajo el contrato __ convenio ___ acuerdo __ No._____ del _____, me comprometo a cumplir cabalmente los compromisos y demás directrices del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.

Así mismo declaro que:

Reconozco que la información es un activo sobre el cual se sustentan los objetivos estratégicos de la Institución y que es mi responsabilidad conocer las políticas de seguridad de la información, adoptarlas, cumplirlas, hacerlas respetar e informar cualquier incidente que se presente con el uso y manipulación de la misma al Jefe de la Oficina Tecnologías de la Información y Comunicaciones, Administrador de Seguridad de la Información, Analista de Seguridad de la Información, Técnico Tecnologías de la Información y las Comunicaciones o quien hagas sus veces en la unidad, el cual reportará el incidente al Grupo de Seguridad de la Información y Respuesta a Incidentes informáticos – CSIRT-PONAL.

Esta declaración comienza con la firma del contrato, convenio o acuerdo que genera vínculo con la Policía Nacional y permanecerá vigente mientras subsista el objeto que dio inició al mismo. Este compromiso debe ser firmado nuevamente cada vez que se suscriba un contrato con la Policía Nacional, y debe reposar junto con las hojas de vida de los funcionarios contratistas que van a cumplir funciones con la Institución.

CONFIDENCIALIDAD

- EL CONTRATISTA O TERCERO se obliga en forma directa e irrevocable ante la POLICÍA NACIONAL a no revelar, divulgar o facilitar, bajo cualquier forma, a ninguna persona natural o jurídica, sea esta pública o privada y a no utilizar para su propio beneficio o para beneficio de terceros, la información relacionada con el ejercicio de sus funciones en la Policía Nacional, así como también las políticas o cualquier otra información vinculada con su rol en la Institución.
- EL CONTRATISTA O TERCERO asume la obligación de mantener la confidencialidad acordada en la presente declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información por el tiempo que dure vigente la relación laboral y por un plazo adicional de 2 años contados a partir de la extinción del vínculo contractual, acuerdo o convenio.
- La violación o el incumplimiento de la declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información, por parte EL CONTRATISTA O TERCERO, generará las acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo o fiscal a que haya lugar.
- Si una orden judicial obligara a EL CONTRATISTA O TERCERO a divulgar información clasificada o reservada, este se compromete a dar aviso previo a la POLICÍA NACIONAL de modo que la Institución pueda impugnar la solicitud o procurar una orden judicial que lo proteja.
- El CONTRATISTA O TERCERO reconoce que esta información tiene un valor intangible, que no es generalmente dado a conocer al público o a terceros que podrían usarla en contra de la POLICÍA NACIONAL, de sus integrantes, de los habitantes de Colombia o del mismo Estado y que la información está sujeta a un esfuerzo razonable de la POLICÍA NACIONAL para mantener su reserva y confidencialidad. Así mismo, EL CONTRATISTA O TERCERO no hará ninguna duplicación o copia del material clasificado o reservado.

- El CONTRATISTA O TERCERO devolverá inmediatamente todo material clasificado o reservado que se le haya entregado o asignado cuando así lo requiera o solicite la POLICÍA NACIONAL.
- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a no utilizar información o material clasificado o reservado, una vez finalizada la relación contractual o laboral.
- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a guardar completa confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por su condición laboral o actividades que desempeñe, así mismo a no extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la Policía Nacional o de sus funcionarios.

RESERVA DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, CONVENIO o ACUERDO.

- El CONTRATISTA reconoce que todos los trabajos llevados a cabo en LA POLICÍA NACIONAL son sujetos a la dirección y control por parte de la Institución Policial y constituyen una función contratada de conformidad a lo establecido en el régimen jurídico vigente aplicable a los CONTRATISTAS.
- El CONTRATISTA o TERCERO informará a la POLICÍA NACIONAL cualquier descubrimiento, invento o creación que haya hecho, considerándose esto como parte del material clasificado o reservado, los cuales corresponderán a actividades propias desarrolladas con ocasión a la ejecución del objeto contratado, convenido o acordado y serán de propiedad de la POLICÍA NACIONAL.

ME COMPROMETO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LA POLICÍA NACIONAL, toda vez que:

- He leído, comprendido, e interiorizado la Política de Seguridad de la Información que se encuentran en el Manual del Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información vigente para la Policía Nacional y es mi deber conocer la última versión que exista del mencionado documento.
- Conozco mis deberes y derechos con respecto a la seguridad de la información.
- Entiendo que el incumplimiento de las políticas de seguridad de la información, ya sea en forma intencional, negligente o con violación al deber objetivo de cuidado, implican acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo o fiscal a que haya lugar.
- Comprendo que dado el caso que se cause un daño a la Policía Nacional, como consecuencia de la inobservancia al deber objetivo de cuidado, la Policía Nacional podrá adelantar las acciones penales, civiles o contenciosas administrativas, en aras de buscar el resarcimiento de los daños y perjuicios que se llegaren a causar.

Suscribo este compromiso en San José del Guaviare_____, el 18 días del mes de Noviembre del año 2026

EL CONTRATISTA O TERCERO

Firma: Neyda Dalis Bedoya S.

Post-Firma: Neyda Dalis Bedoya S

Identificación 1120564017

Empresa: Unidad Prestadora de Salud Guaviare

Cargo: Auxiliar de odontología