Cajicá, noviembre de 2026

Señor (a)
MARIA CAMILA BUITRAGO PEDRAZA
CC No 1.072.700.571
CARRERA 27 A # 2 - 08 BOGOTA D.C
CEL: 3174021065
E-MAIL: camibuitragop@gmail.com

**ASUNTO:** INVITACIÓN PRIVADA A CONTRATAR.

Respetado (a) Señor (a):

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

| | |
|---|---|
| **OBJETO** | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA ADELANTAR ACTIVIDADES MEDICAS EN RADIOLOGIA PARA LA ESE HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER DE CAJICA |
| **OBLIGACIONES ESPECIFICAS** | **1.** Realizar los estudios ecográficos con el equipo existente en la E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER DE CAJICÁ<br>**2.** Garantizar la atención de los pacientes asignados para cada jornada.<br>**3.** Realizar los siguientes estudios de ecografía convencional: **a)** abdomen total, b) abdomen superior, c) hepatobiliar, **d)** renal y vías urinarias, **e)** biofísico, f) testicular y escrotal, g) hombro, h) codo. i) rodilla, j) tejidos blandos, k) tejidos blandos de pared abdominal, l) tiroides, m) de cuello, n) mama, ñ) transfontanelar, o) de tórax.<br>**4.** Realizar los siguientes estudios de ecografía Doppler: a) venoso de miembros inferiores, b) arterial de miembros inferiores, c) ceratoideo, d) venoso de miembros superiores, e) arterial de miembros superiores, f) portal y apático, g) renal, h) testicular<br>**5.** Realizar las solicitudes de exámenes, procedimientos y/o interconsultas que requieran los pacientes, incluyendo en estas el diagnóstico del paciente que no puedan ser realizados en consulta o dependan de otros Servicios.<br>**6.** Realizar las valoraciones, prescripciones médicas y definir diagnóstico de acuerdo con las guías y protocolos de la institución.<br>**7.** Efectuar el seguimiento de la atención medica prestada a sus pacientes, así mismo sustentar en la historia clínica el plan de manejo y paraclínicos solicitados.<br>**8.** Velar por la atención segura de los usuarios dando cumplimiento los protocolos de bioseguridad adoptados por la institución y el ministerio de salud y protección social.<br>**9.** Realizar trámite de referencia o contrarreferencia según se requiera especialmente en las enfermedades o consulta de lesiones graves.<br>**10.** Resolver las solicitudes, consultas y quejas presentadas por los usuarios.<br>**11.** Utilizar adecuada, racionalmente, velar y hacer buen uso de los equipos biomédicos y de oficina que estén a su cargo.<br>**12.** Responder por la calidad en la elaboración de los diferentes documentos relativos a la prestación de los servicios en especial la historia clínica que permitan facilitar los trámites administrativos y suministrar los datos sobre la atención del usuario requerida por las diferentes dependencias de la institución.<br>**13.** Registrar toda interconsulta en el sistema de información, en el módulo de historia clínica con el fin de facilitar la facturación del servicio y garantizar el estándar mínimo de calidad de la institución.<br>**14.** Seguir procedimiento interno para el reporte oportuno de las enfermedades de notificación obligatoria.<br>**15.** La demás que surjan de acuerdo a la ejecución de objeto contractual. |
| **PRESUPUESTO OFICIAL** | HASTA LA SUMA DE CINCO MILLONES SESENTA MIL PESOS M/CTE ($5.060.000) |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN ESTIMADO** | El plazo de ejecución será de UN (01) MES, contado a partir de la suscripción del acta de inicio del contrato |

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




11/12/2026 13:08
3203X650669 176.16.1.58

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

**DOCUMENTOS:**

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

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

Reciba un cordial saludo,

**FADIME MARTÍNEZ URZOLA**
GERENTE




11/12/2026 13:08
3203X650669 176.16.1.58

Cajicá 15 DE ENERO DE 2026

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

**REF.** Propuesta para "PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA PARA LA E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER DE CAJICÁ".

**MARIA CAMILA BUITRAGO PEDRAZA**, identificado(a) con CC No 1.072.700.571, presento a la E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER propuesta para desarrollar el contrato en referencia, conforme a los términos establecidos por la entidad con el fin de ejecutar las siguientes actividades:

**1.** Realizar los estudios ecográficos con el equipo existente en la E.S.E. Hospital Profesor Jorge cavelier de Cajicá
**2.** Garantizar la atención de los pacientes asignados para cada jornada.
**3.** Realizar los siguientes estudios de ecografía convencional: a) abdomen total, b) abdomen superior, c) hepatobiliar, d) renal y vías urinarias, e) biofísico, f) testicular y escrotal, g) hombro, h) codo, i) rodilla, j) tejidos blandos, k) tejidos blandos de pared abdominal, l) tiroides, m) de cuello, n) mama, ñ) transfontanelar, o) de tórax
**4.** Realizar los siguientes estudios de ecografía Doppler: a) venoso de miembros inferiores, b) arterial de miembros inferiores, c) ceratoideo, d) venoso de miembros superiores, e) arterial de miembros superiores, f) portal y apático, g) renal, h) testicular
**5.** Realizar las solicitudes de exámenes, procedimientos y/o interconsultas que requieran los pacientes, incluyendo en estas el diagnóstico del paciente que no puedan ser realizados en consulta o dependan de otros Servicios.
**6.** Realizar las valoraciones, prescripciones médicas y definir diagnóstico de acuerdo con las guías y protocolos de la institución.
**7.** Efectuar el seguimiento de la atención medica prestada a sus pacientes, así mismo sustentar en la historia clínica el plan de manejo y paraclínicos solicitados.
**8.** Velar por la atención segura de los usuarios dando cumplimiento los protocolos de bioseguridad adoptados por la institución y el ministerio de salud y protección social.
**9.** Realizar trámite de referencia o contrarreferencia según se requiera especialmente en las enfermedades o consulta de lesiones graves.
**10.** Resolver las solicitudes, consultas y quejas presentadas por los usuarios.
**11.** Utilizar adecuada, racionalmente, velar y hacer buen uso de los equipos biomédicos y de oficina que estén a su cargo.
**12.** Responder por la calidad en la elaboración de los diferentes documentos relativos a la prestación de los servicios en especial la historia clínica que permitan facilitar los trámites administrativos y suministrar los datos sobre la atención del usuario requerida por las diferentes dependencias de la institución.
**13.** Registrar toda interconsulta en el sistema de información, en el módulo de historia clínica con el fin de facilitar la facturación del servicio y garantizar el estándar mínimo de calidad de la institución.
**14.** Seguir procedimiento interno para el reporte oportuno de las enfermedades de notificación obligatoria.
**15.** La demás que surjan de acuerdo a la ejecución de objeto contractual.

Declaro así mismo bajo la gravedad del juramento:

1. Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse solo compromete al firmante de esta.
2. Que conozco en su totalidad los estudios, de la E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER y demás documentos del proceso y acepto los requisitos en ellos contenidos.
3. Que he recibido los documentos que integran los estudios previos y acepto su contenido.
4. Que no me hallo incurso(a) en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la Constitución y la ley y no me encuentro en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con la HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER, que me comprometo a cumplir totalmente los servicios en el plazo estipulado en los estudios previos.
5. Que acepto las obligaciones del contrato que se llegare a celebrar.
6. Que la propuesta tiene una validez de treinta (30) días calendario.
7. Que el valor total de la oferta es por la suma de CUARENTA MIL PESOS ($40.000) por ecografía convencional y SETENTA MIL PESOS ($70.000) por ecografía Doppler, incluidos los impuestos a que haya lugar.

11/18/2026 12:19
3203X650669 176.16.1.58

8. Que anexo soportes y demás documentos requeridos para la celebración del contrato respectivo.

Atentamente,



MARIA CAMILA BUITRAGO PEDRAZA
CC No 1.072.700.571
CARRERA 27 A # 2 - 08 BOGOTA D.C
CEL: 3174021065
E-MAIL: camibuitragop@gmail.com

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Buitrago | Pedraza | Maria Camila |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1072700571 | F ⊗ M ○ NB ○ | COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

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

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 27 MES 09 AÑO 1993

PAÍS COLOMBIA

PTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO CHÍA

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CARRERA 27A 2A 8

PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

TELÉFONO 3174021065 EMAIL camibuitragop@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

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

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

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| POSTGRADO | 8 | X | | ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS | 04 | 2025 | 1072700571 |
| PREGRADO | 12 | X | | MEDICINA | 05 | 2019 | 1072700571 |

## 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* |
| INGLÉS | | | X | | | X | | | X |

## 5 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CLINICA SHAIO - FUNDACION ABOOD SHAIO | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 07 | *Año* | 2025 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>RADIOLOGO | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE RADIOLOGIA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>DIAGONAL 115A 70C 75 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CLINICA PALERMO ? CONGREGACION DE LAS HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE LA PRESENTACION DE LA SANTISIMA VIRGEN | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3174021065 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 10 | *Año* | 2023 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>MEDICO ECOGRAFISTA | *DEPENDENCIA*<br>SERVICIO DE ECOGRAFIA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 45C 22 2 | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>CAJICÁ | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3239695325 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 08 | *Año* 2025 | *Día* | 31 | *Mes* | 10 | *Año* | 2026 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ESPECIALISTA EN ECOGRAFIA | *DEPENDENCIA*<br>AREA ASISTENCIAL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 4 1 10 | | | | | | |

## 6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

## 7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 0 | 3 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 1 | 10 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| 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*

M Camilo Restrepo P.

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

# República de Colombia

Universidad de
La Sabana

considerando que, conforme a las disposiciones legales vigentes

# María Camila Buitrago Pedraza

C.C. Nº 1.072.700.571

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

# Médico

Dada en el Campus del Puente del Común en Chía, a los 11 días del mes de Junio de 2019.

Rector

Decano

Secretaria General

Personería jurídica otorgada por la resolución 136 de Enero 14 de 1980, Ministerio de Educación Nacional.

Anotada al folio 968 del libro de registro No. 10
a los 11 días del mes de Junio de 2019.

61914

Universidad de
La Sabana

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

**ACTA DE GRADO No. 2203**

La suscrita Secretaria General de la Universidad de La Sabana

Certifica que en el Campus del Puente del Común, municipio de Chía, **el día 11 del mes de Junio del año 2019** se realizó la ceremonia de grado de estudiantes de la Universidad de La Sabana en la cual **MARIA CAMILA BUITRAGO PEDRAZA** con cédula de ciudadanía No. **1072700571**, por haber cursado y aprobado los estudios y haber cumplido los requisitos legales conjuntamente con los contemplados en los Reglamentos de la Universidad recibió el título de **MEDICO** otorgado por la Universidad de la Sabana con el diploma No. **61914**, registrado en el folio **968** del libro No. **18** de registro de títulos.

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

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

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

OBDULIO VELASQUEZ POSADA
Rector

ALVARO ENRIQUE ROMERO TAPIA
Decano de La Facultad de Medicina

ANGELA MARIA DE VALDENEBRO CAMPO
Secretaria General

Se expide la presente Acta en el Campus del Puente del Común, Municipio de Chía (Colombia), a los once (11) días del mes de junio de dos mil diecinueve (2019).

**ANGELA MARIA DE VALDENEBRO CAMPO**
Secretario General

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

Universidad de
La Sabana

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

# María Camila Buitrago Pedraza

Cédula de ciudadanía n.° 1.072.700.571

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

# Especialista en Radiología e Imágenes Diagnósticas

Otorgado por

# Facultad de Medicina

Dado en el campus del Puente del Común en Chía, a los 17 días del mes de junio de 2025.

Rector

Decano

Marcela Ordóñez M
Secretario General

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

Anotado al folio 1413 del libro de registro
No.15 a los 17 días del mes de junio de 2025 - 83724

Universidad de
La Sabana

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

**ACTA DE GRADO No. 2619**

La suscrita Secretaria General de la Universidad de La Sabana

Certifica que, en el Campus del Puente del Común, municipio de Chía, **a los diecisiete (17) días del mes de junio de (2025)** se realizó la ceremonia de grado de estudiantes de la Universidad de La Sabana en la cual **MARÍA CAMILA BUITRAGO PEDRAZA** con cédula de ciudadanía No. **1.072.700.571**, por haber cursado y aprobado los estudios y haber cumplido los requisitos legales conjuntamente con los contemplados en los Reglamentos de la Universidad recibió el título de **ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS** otorgado por La Universidad de La Sabana con el diploma No. **83724**.

La Universidad está autorizada para conferir este título por Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 017593 del 16 de septiembre de 2021.

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

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

ROLANDO RONCANCIO RACHID
Rector

ALVARO ENRIQUE ROMERO TAPIA
Decano de la FACULTAD DE MEDICINA

ADRIANA MARCELA ORDOÑEZ MARTINEZ
Secretaria General

Se expide la presente Acta en el Campus del Puente del Común, Municipio de Chía (Colombia), a los diecisiete (17) días del mes de junio de (2025).

Marcela Ordóñez M

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

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

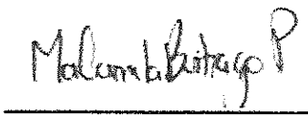
| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO Y/O INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR | TITULO OBTENIDO | FECHA DE GRADO |
|---|---|---|
| UNIVERSIDAD DE LA SABANA | MEDICO ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS | 11/06/2019 27/07/2025 |

Yo, **MARIA CAMILA BUITRAGO PEDRAZA**, identificado (a) con cédula de ciudadanía N° 1.072.700.571_de CHIA, manifiesto que es mi voluntad, libre, consciente y sin presión de ninguna índole, autorizar a la **E.S.E. Hospital Profesor Jorge Cavelier de Cajicá**, para que realice las respectivas verificaciones de formación académica acreditados por el establecimiento educativo y/o institución de educación superior para fines de contratación laboral.

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

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

**Cordialmente,**

Firma: 

Documento de identidad: 1.072.700.571

Teléfono: 3174021065

Correo electrónico: camilabuitragop@gmail.com

Fecha: Noviembre de 2026

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

Clínica Palermo

CP-DG-JR-19-25

**LA SUSCRITA APODERADA GENERAL DE LA CLINICA PALERMO obra de la CONGREGACION DE HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE LA PRESENTACION DE LA SANTISIMA VIRGEN PROVINCIA BOGOTA**

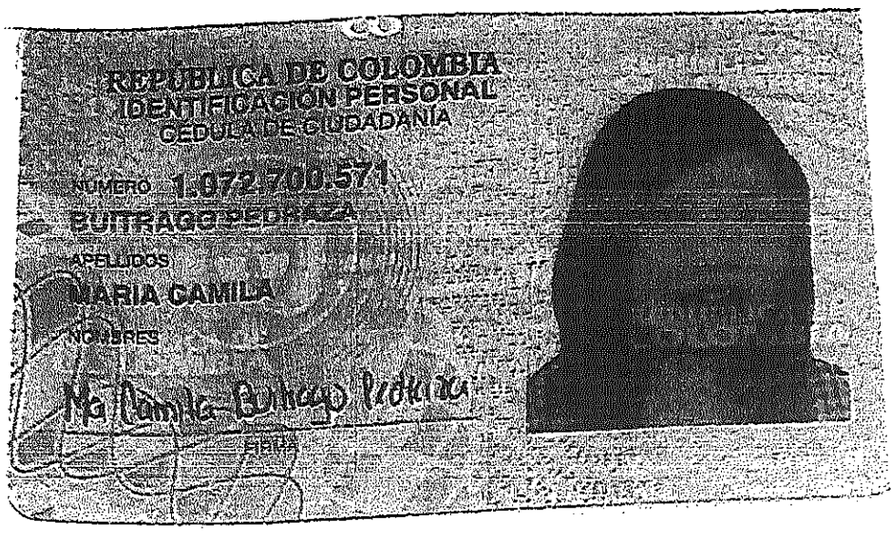
**CERTIFICA QUE**

La Congregación de las Hermanas de la Caridad Dominicas de la Presentación de la Santísima Virgen, Provincia Bogotá, identificada con NIT 860.006.745-6, de la cual la IPS Clínica Palermo es una obra, celebró el **seis (06) de octubre de 2023**, Contrato de Prestación de Servicios Médicos, el cual se está ejecutando actualmente con la **DRA. MARIA CAMILA BUITRAGO PEDRAZA**, identificada con cédula de ciudadanía No 1.072.700.571, cuyo objeto es la prestación de servicios médicos profesionales como médico general de apoyo en el área de **RADIOLOGÍA**, para los pacientes del servicio asistencial de LA CLINICA PALERMO, según los requerimientos del médico tratante o de la entidad responsable del pago.

El presente certificado se expide en la ciudad de Bogotá, a los doce (12) días del mes de agosto del 2025.

**ANA. ALICIA ESLAVA BLANCO**
**Apoderada General**
**CLINICA PALERMO**

Proyectó. Vanessa Bulla G/AJ-CP
Revisó. Manuela Betaro /AJ-CP



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.072.700.571

BUITRAGO PEDRAZA

APELLIDOS

MARIA CAMILA

NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-SEP-1993

CHIA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

07-OCT-2011 CHIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

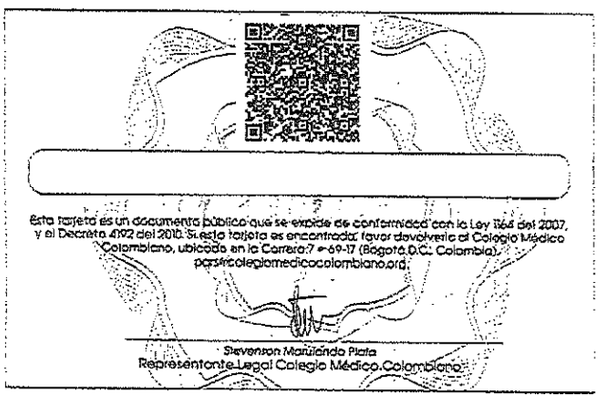
P-1505500-01098188-F-1072700571-20190910 0057673935A-1 9909876097

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Escaneado con CamScanner

# IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL




*QR DIGITAL*

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

*Tribunal Nacional de Ética Médica*

*Ley 23 - 81 - Artículo 63*

**C107270057100290718**
Código de verificación

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

**NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA**

**CERTIFICA**

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **MARÍA CAMILA BUITRAGO PEDRAZA**, identificado(a) con C.C. No. 1072700571 y T.P. o R.M. No. 1072700571 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

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

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el viernes 19 diciembre 2025 a solicitud del(a) interesado(a).

**HERMAN REDONDO GOMEZ**
Presidente

[illegible]

# Certificación
## Bancaria

Jueves, 15 de octubre de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que MARIA CAMILA BUITRAGO PEDRAZA identificado(a) con CC 1072700571, 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 | 33500043461 | 2019-08-16 | Activo | ***** |

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

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

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

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARIA CAMILA BUITRAGO PEDRAZA identificado(a) con CC 1072700571 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de** | **12/09/2019** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CAJICA** |
| **Categoría:** | **B** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN** , a los 15 días del mes octubre del 2026.

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

**Observaciones:**

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

Colpensiones

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA CAMILA BUITRAGO PEDRAZA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1072700571,** se encuentra afiliado/a desde **06/08/2019** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 15 de octubre de 2026.

**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

Maria Camila Buitrago Pedraza identificado con CC. 1072700571 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

| INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y/o Razón** | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER | | |
| **Tipo y Numero de Documento** | NI - 832002436 | | |
| **INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL** | | | |
| **Fecha de inicio de cobertura** | 2026/11/13 | **Fecha inicio contrato** | 2026/11/12 |
| **Tipo de vinculación** | Independiente con Contrato | **Fecha de fin contrato** | 2026/12/12 |
| **Riesgo** | 3 | **Código actividad económica** | 3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en |
| **Estado afiliación** | Activa | | |
| **Fecha retiro** | 2026/12/12 | **Estado del contrato** | Activa |

Esta certificación se expide a los 12 días del mes de noviembre del 2026.

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

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC12112026N1072700571A24904863.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026034376567

Cordialmente,

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

ARL | sura

Medellín, 24 de octubre de 2026

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que MARIA CAMILA BUITRAGO PEDRAZA identificado(a) con C1072700571 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10727005712629781094

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141222896068

(415)7707212489984(8020) 000014122289606 8

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

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación |
|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 7 2 7 0 0 5 7 1 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Chía 1 7 5 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| BUITRAGO | PEDRAZA | MARIA | CAMILA |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 95 21 34 AP 404

42. Correo electrónico: camibuitragop@gmail.com

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5

Impto. renta y compl. régimen ordinar

### Usuarios aduaneros

54. Código

### Exportadores

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2025-11-27 / 06:47:50PM

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 BUITRAGO PEDRAZA MARIA CAMILA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 15-10-2026 07:53:12PM

Función Pública

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

| Tipo de declaración | INGRESO | Fecha de publicación | 2026-10-15 21:39 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| MARIA | CAMILA | BUITRAGO | PEDRAZA |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1072700571 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento

| País | COLOMBIA | Departamento | CUNDINAMARCA | Municipio | CHÍA |
|---|---|---|---|---|---|

Lugar de domicilio

| País | COLOMBIA | Departamento | BOGOTÁ. D.C. | Municipio | BOGOTÁ. D.C. |
|---|---|---|---|---|---|

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

Lugar de sede

| País | COLOMBIA | Departamento | CUNDINAMARCA | Municipio | CAJICÁ |
|---|---|---|---|---|---|

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

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

## I. DECLARACIÓN PÚBLICA DE BIENES Y RENTAS

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

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | $187.000.000,00 |
| Otros ingresos y rentas | $0,00 |
| TOTAL | $187.000.000,00 |

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

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA | $596.355,00 |

lis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| ICETEX | $49.240.429,00 |

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

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

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

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

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

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

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

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

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

## 2. DECLARACIÓN DE INTERESES

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

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

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

| |
|---|
| |

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

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

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

Sí [ ] No [X]

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

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

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

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

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

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

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

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

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

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |

Nit. 900.844.030-8
Licencia No. 64 del 10-01-2017
Calle 134 # 7-83 cons 233, Bogotá D. C.
www.bsl.com.co



## DATOS PERSONALES

Fecha de Atención: 24 may 2024 Tipo de Consulta: Examen Médico Ocupacional de Ingreso

Paciente: MARÍA CAMILA BUITRAGO PEDRAZA Documento: 1072700571

Edad: 30 Género: FEMENINO Ciudad: Bogotá

Empresa: PARTICULAR Cargo: Médico Radiólogo

## EXÁMENES REALIZADOS

Examen Médico Osteomuscular, Audiometría, Optometría

## CONCEPTO EVALUACIÓN MÉDICA

ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a María Buitrago con documento de identificación No 1072700571 se considera que es ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES para desempeñar la ocupación del cargo descrito

## CONCLUSIONES OCUPACIONALES

Basándonos en los resultados obtenidos de la evaluación osteomuscular, certificamos que el paciente presenta un sistema osteomuscular en condiciones óptimas de salud. Esta condición le permite llevar a cabo una variedad de actividades físicas y cotidianas sin restricciones notables y con un riesgo mínimo de lesiones osteomusculares

## RECOMENDACIONES GENERALES

1. PAUSAS ACTIVAS
2. HIGIENE POSTURAL
3. MEDIDAS ERGONOMICAS
4. TÉCNICAS DE MANEJO DE ESTRÉS
5. EJERCICIO AEROBICO
6. MANTENER MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID.
7. ALIMENTACIÓN BALANCEADA

## SALUD FÍSICA Y MENTAL

A no ser que presentes una restricción médica realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada, o al menos 75 minutos semanales de ejercicio de alta intensidad.
Consuma alimentos variados, incluyendo frutas y verdurss
Reduce el consumo de sal, grasas saturedas y el azúcar
Mantén una buena hidratación bebiendo suficiente agua
Sigue una rutina y organiza tu tiempo en el trabajo, familia, estudio, cuidado personal y hobbies.
Reduce la exposición a noticias negativas
Mantén el contacto social vía telefónica - virtual o de forma presencial teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad
Mantén hábitos de sueño

JUAN JOSE REATIGA
REGISTRO MEDICO NO 14791
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 460
5 DE JULIO DE 2020

Verifica la validez de este certificado

María Buitrago

FIRMA TRABAJADOR

1072700571

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 jueves 15 de octubre de 2026, a las 20:02:45, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1072700571 |
| Código de Verificación | 1072700571261015200245 |

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 MARTINEZ ROMERO
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 304874924

PIB
20:01:10


Bogotá DC, 15 de octubre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MARIA CAMILA BUITRAGO PEDRAZA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1072700571:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 08:05:28 PM horas del 15/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1072700571**

Apellidos y Nombres: **BUITRAGO PEDRAZA MARIA CAMILA**

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

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

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 15/10/2026 08:04:35 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1072700571** y Nombre: **MARIA CAMILA BUITRAGO PEDRAZA.**

## 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. **149663758** . 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

# 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 20:07:47 horas del 15/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1072700571,** Apellidos y Nombres **BUITRAGO PEDRAZA MARIA CAMILA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER,** con NIT **832002436-5** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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 1072700571 **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 15/10/2026 07:53 PM

Código Verificación: UAKSYC4WTE

Válida hasta: 16/01/2027

---

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

**Función Pública certifica que:**

# maria camila buitrago pedraza

C.C 1.072.700.571

Participó y completó el curso virtual

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

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 22 de mayo 2026

**Francisco Camargo Salas**
Director de Empleo Público

Código. 76954-1376000

Función Pública | mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

**Hace constar que:**

# maria camila buitrago pedraza

C.C 1.072.700.571

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

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

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 18 de octubre 2026

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

Código: 7611537854206

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

Función Pública | mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

**Hace constar que:**

# maria camila buitrago pedraza

C.C 1.072.700.571

Participó y completó con éxito el Módulo de Auditoría del curso virtual

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

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 18 de octubre 2026

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

Código: 76115378543161

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

Función Pública | mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

**Hace constar que:**

# maria camila buitrago pedraza

C.C 1.072.700.571

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual

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

MIPG VERSION II (2021)

Bogotá D.C., 18 de octubre 2026

**Luz Daifenis Arango Rivera**

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7611537854000

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

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

## MARIA CAMILA BUITRAGO PEDRAZA

*Con Cédula de Ciudadanía No. 1072700571*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

## ATENCION CON ENFOQUE PSICOSOCIAL A VICTIMAS DE CONFLICTO ARMADO

*con una duración de 40 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Ibagué, a los diez (10) días del mes de julio de dos mil veintiseis (2026)*

Firmado Digitalmente por

JORGE JAIME MENDOZA VELASQUEZ
Subdirector (E)
CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION
REGIONAL TOLIMA

114201249 - 10/07/2026
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la pagina web http://certificados.sena.edu.co, bajo el numero 922600354084 7CC1072700571C.

7054c4bd-c9dc-4935-8368-7e303461a244

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *MARIA CAMILA BUITRAGO PEDRAZA*

ha participado y aprobado el Curso Virtual

**Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)**

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 85,00 %

17 de octubre de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=7054c4bd-c9dc-4935-8368-7e303461a244

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| CIUDAD DE EXPEDICION | SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|---|---|---|---|---|
| BOGOTA, D.C. | BOGOTA | ANEXO DE RENOVACION | 11-03-101020352 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | MARIA CAMILA BUITRAGO PEDRAZA | | | CC | 1.072.700.571 |
| DIRECCION | CL 95 NRO. 21 - 34 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO | 3174021065 |
| ASEGURADO | MARIA CAMILA BUITRAGO PEDRAZA | | | CC | 1.072.700.571 |
| DIRECCION | CL 95 NRO. 21 - 34 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | TELEFONO | 3174021065 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | 0-0 |

| FECHA DE EXPEDICION (D-M-A) | VIGENCIA SEGURO | | VIGENCIA ANEXO | |
|---|---|---|---|---|
| | DESDE LAS 24 HORAS (D-M-A) | HASTA LAS 24 HORAS (D-M-A) | DESDE LAS 24 HORAS (D-M-A) | HASTA LAS 24 HORAS (D-M-A) |
| 08 / 10 / 2026 | 29 / 09 / 2026 | 29 / 09 / 2027 | 29 / 09 / 2026 | 29 / 09 / 2027 |

| INTERMEDIARIO | CLAVE | % PARTICIPACION |
|---|---|---|
| ALMA SEGUROS LTDA | 266023 | 100.00 |

| COASEGURO CEDIDO | |
|---|---|
| COMPAÑIA | % PARTICIPACION |

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

| DESCRIPCION | AMPAROS | SUMA ASEGURADA | % INVAR | SUBLIMITE |
|---|---|---|---|---|
| PERJUICIO PATRIMONIAL | | $ 1,000,000,000.00 | | |
| | ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD | $ 1,000,000,000.00 | | |
| | GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD | | | $ 300,000,000.00 |

DEDUCIBLES: ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD ° 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - $ 25,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

| | | | |
|---|---|---|---|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | $ *****1,000,000,000.00 | PRIMA: | $ **********423,772.00 |
| PLAN DE PAGO: CONTADO | | IVA: | $ **********80,516.00 |
| | | TOTAL A PAGAR: | $ **********504,288.00 |

**TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.**

**TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.**

**PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 13 NO 96-60/74, TELÉFONO 2180903 - BOGOTA, D.C.**

**HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.**

**USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM**

(415)7709998021167(8020)11000632986654(3900)000000504288(96)20261113

**REFERENCIA PAGO:**
**1100063298665-4**

11-03-101020352

FIRMA AUTORIZADA
MARTHACORREDOR

CLIENTE

TOMADOR

# ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1072700571

Primer Nombre

MARIA

Primer Apellido

BUITRAGO

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

3638

**Resultado General -2026-10-15→8:08:57 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1072700571 | MARIA | CAMILA | BUITRAGO | PEDRAZA | Vigente |

**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) MARIA CAMILA BUITRAGO PEDRAZA identificado(a) con CC 1072700571 registra La siguiente información:**

**2026-10-15→8:08:57 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | MEDICINA | 2020-08-19 | 72653 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANC |
| ESP | Local | ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS | 2025-06-17 | 139817 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANC |

**Datos SSO**

| Tipo Prestación | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación | Fecha Inicio | Fecha Fin | Modalida Prestació |
|---|---|---|---|---|---|
| Presto SSO | Local | COLOMBIA\|CUNDINAMARCA\|CAJICÁ | 2019-08-01 | 2020-07-31 | Prestació de Servici Profesiona de Salud |

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *María Camila Buitrago Pedraza*

## *CC 1072700571 de Chía - Cundinamarca*

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-08-12
Fecha de vencimiento: 2027-08-12

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *María Camila Buitrago Pedraza*

## *CC 1072700571 de Chia - Cundinamarca*

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-08-10
Fecha de vencimiento: 2027-08-10

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

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

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Hace Constar que:*

# *María Camila Buitrago Pedraza*

## *CC 1072700571 de Chia - Cundinamarca*

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3280 / 2018 y Resolución 2632 / 2024
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-08-08
Fecha de vencimiento: 2027-08-08

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Hace Constar que:*

# *María Camila Buitrago Pedraza*

## *CC 1072700571 de Chia - Cundinamarca*

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-08-06
Fecha de vencimiento: 2027-08-06

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *MARIA CAMILA BUITRAGO PEDRAZA*

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

## Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 70,00 %

30 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mod/mod/simplecertificate/verify.php?code=14717d69-2a2a-4a16-a16c-2d8949160382

GOBIERNO DE COLOMBIA — MINSALUD

## Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: María Camila

Apellidos: Buitrago Pedraza

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1072700571

Fecha de Nacimiento: Día 27 Mes 09 Año 1993

Powered by CamScanner

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

## Certificado de vacunación

Nombres: MARIA CAMILA

Apellidos: BUITRAGO PEDRAZA

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

No. 1.072.700.571

Fecha de nacimiento: Día 27 Mes 09 Año 1993

Powered by CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | Única | | | |
| Fiebre amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico (Td) | 1 | 21 DIC 2020 | 2338x004AF | |
| | 2 | 23 ENE 2021 | 2338x004AE | |
| | 3 | 14 SEP 2021 | 2339x026A | |
| | 4 | 19-09-2022 | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

Powered by CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 05 ABR 2021 | Pfizer BION-Tech | EW3344 | HPJC | Martha [illegible] Aux. Enfermería | 35422397 |
| | 2 | 26-04 2021 | Pfizer | ER9449 | HPJC | María Consuelo González c.c. 39.809.553 Aux. Enfermería VACUNACIÓN | 39809553 |
| | 19 MAY 2022 | | PFIZER | [illegible] | Cuidarte Tu Salud sea CUIDADO Y PREVENIDO | Pilar Prieto | 106897428 |

Powered by CamScanner

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA

## RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

**SEDE : CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA**

**No INGRESO: 192201228**
**Paciente: MARIA CAMILA BUITRAGO PEDRAZA**
Edad: 27 Años
Género: Femenino
Medico: LABORATORIO CLINICO
Fecha Hora Ingreso: 2020-12-28 08:22
Servicio: C. SABANA CONSULTA EXTERNA

**No ORDEN: 2020122804605**
Historia: 1072700571
Tasa/cmc: 0 -
Fecha de Impresion: 2020-12-29 07:28
Cama:

| Examen | Intervalo Biológico de Referencia |
|---|---|
| **INMUNOLOGIA** | |
| HEPATITIS B Ac S ANTI HBS ORM O AUTOMATIZADO | |
| Resultado: Mayor 1000 UI/L | No Reactivo: Menor de 9.99 UI/L. Reactivo: Mayor o Igual a 10.0 UI/L. |

LICENCIA ELECTRONICA/ENCUENTRO/ESPECIALISTA

[illegible]

BUITRAGO PEDRAZA MARIA CAMILA Orden: 2020122804605

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y está acto verificar que los estudiados fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.

LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE

# CORPORACION EDUCATIVA HUMANAR

Personería Juridica 331 de Junio 25 de 1992 – Resolución 974 de Mayo 8 de 1995

Radproct
SAFER AY FOR ALL

## EDUCACIÓN CONTINUADA

Otorga la presente Constancia de Asistencia a:

# María Camila Buitrago Pedraza

C.C. 1072700571 de Chia

Quién culminó satisfactoriamente el Curso en:

## Protección Radiológica en Aplicaciones Médicas

I.H.T. 30 Horas Académicas

En fe de lo anterior se firma la presente constancia en Bogotá D.C., a los tres (03) días del mes de Agosto de 2021

Uriel Chica Villegas
PhD. Física Médica

Vicky Calderón C.
Dirección Administrativa – Representante legal
Corporación Educativa Humanar