
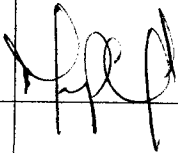
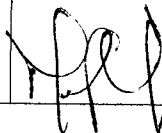



Página 33 de 1	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	 <b>POLICÍA NACIONAL</b>
Código: 2BS-FR- 0046		
Fecha: 16-10-2013	FORMATO REVISIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS	
Versión: 0		

**HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL**

<b>Fecha:</b>			
<b>Lugar:</b> Bogotá, – Hospital Central Policía Nacional.			
<b>No. Consecutivo revisión:</b> _____.		<b>No. SISCO:</b> <u>390063</u> .	
<b>OBJETO:</b> prestación de servicios y apoyo a la gestión como médico general			<b>VALOR:</b> \$ 15.529.556.00
<b>MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:</b> CONTRATACION DIRECTA			
<b>FUNCIONARIO - UNIDAD QUE PRESENTA EL ESTUDIO PREVIO</b> CAPITAN MONICA PATRICIA GUTIERREZ LINARES RESPONSABLE DEL GRUPO HOTELERIA HOSPITALARIA HOCEN - SUPERVISOR DEL CONTRATO.			
<b>OBSERVACIONES DEL ESTUDIO PREVIO:</b>			
<b>FUNCIONARIO QUE PARTICIPA EN LA REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ESTUDIO PREVIO</b>			
<b>CARGO</b>	<b>GRADO</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>FIRMA</b>
RESPONSABLE PROCESO (UNIDAD DUEÑA NECESIDAD)	CAPITAN	MONICA PATRICIA GUTIERREZ LINARES	
ANALISTA DE CONTRATOS (QUIEN REVISIA)			
JEFE ÁREA O GRUPO CONTRATACIÓN			
JEFE GRUPO PRECONTRACTUAL (UNIDAD)			

<b>PROGRAMACIÓN DEL ESTUDIO PREVIO</b>			
<b>FECHA:</b>		<b>VALOR:</b>	\$ 15.529.556.00
<b>GR.</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>CARGO</b>	<b>FIRMA</b>
CAPITAN	MONICA PATRICIA GUTIERREZ LINARES	RESPONSABLE EL GRUPO HOTELERIA HOSPITALARIA HOCEN	



Página 1 de 12	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	 <b>POLICÍA NACIONAL</b>
CÓDIGO: 2BS-FR-0004		
FECHA: 15-01-2016	FORMATO DE DILIGENCIAMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS	
VERSIÓN: 7		

**HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL**

Bogotá, febrero 10 de 2021

**1. DEFINICIÓN O IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y ANALISIS DEL SECTOR**

<b>1.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL OBJETO</b>	<b>Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO GENERAL. Según resolución 125 del 08 de abril 2020 de la Dirección de Sanidad</b>			
<b>1.2 VALOR ESTIMADO</b>	El total del contrato es de <b>QUINCE MILLONRES QUINIENTOS VEINTI Y NUEVE MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE \$15.529.556,00</b>			
<b>1.3 CERTIFICACIÓN PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES, Y/O VIGENCIAS FUTURAS.</b>	<b>DOCUMENTO</b>	<b>VIGENCIA</b>	<b>RECURSO</b>	<b>VALOR VIGENCIA</b>
	Resolución 001 del 01/01/2021	2021/	16	\$ 15.529.556,00
	<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>			<b>\$ 15.529.556,00</b>
	Certificado Plan Anual de Adquisiciones No. <u>0112</u> de fecha <u>09/02/2021</u>			
<b>1.4 CLASE DE CONTRATO</b>	Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión ó para la ejecución de trabajos artísticos, que solo puedan encomendarse a determinadas personas naturales			
<b>1.5 PERFIL Y CALIDAD DE LOS PROPONENTES</b>	Título: MEDICO GENERAL Experiencia Laboral: Laboral: CERO (0) Según la Resolución <b>125 del 08 de abril 2020</b>			
<b>1.6 IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y JUSTIFICACIÓN</b>				
<b>1.6.1 DEFINIR LA NECESIDAD</b>	EL ESPHA Hospital Central Policía Nacional requiere la contratación de Medico General. Según resolución <b>125 del 08 de abril 2020 de la Dirección de Sanidad</b> , teniendo en cuenta que no existe personal de planta para cubrir las necesidades del servicio.			
<b>1.6.2 SITUACION ACTUAL</b>	El Hospital Central atendió por el servicio de internación para el año 2020 en promedio de 9.018 atenciones hospitalarias mensuales para un total de 108.214 anuales, con el fin de atender esta necesidad se requiere para la prestación de servicios profesionales como MEDICO GENERAL un total de 297 horas aprobadas por AGESA determinada en oficio N° S-2017-003328 DISAN; para lograr cumplir la demanda y aumentar los niveles de satisfacción de los usuarios del SSPN, cumpliendo con turnos presenciales que son asignados según las necesidades del servicio.			

**2. FUNDAMENTOS JURÍDICOS QUE SOPORTAN LA MODALIDAD DE SELECCIÓN**

Teniendo en cuenta la naturaleza jurídica del contrato a realizar, se adelanta el proceso de contratación directa Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como Médico General. Según resolución 125 del 08 de abril 2020 de la Dirección de Sanidad.

## CONTRATACIÓN PRESTACIÓN SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN, O PARA LA EJECUCIÓN DE TRABAJOS ARTÍSTICOS QUE SOLO PUEDEN ENCOMENDARSE A DETERMINADAS PERSONAS NATURALES

Basado en la normatividad legal vigente, artículos 2 °, numeral 4, literales h) de la Ley 1150 de 2007 y de acuerdo al artículo 2.2.1.2.1.4.9., del Decreto 1082 de 2015 que establece "Para la prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión la entidad estatal podrá contratar directamente con la Persona Natural ó Jurídica, que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato y que haya demostrado la idoneidad y experiencia directamente relacionada con el área de que se trate, sin que sea necesario haber obtenido previamente varias ofertas, de lo cual el Ordenador del Gasto deberá dejar constancia escrita".

### 3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

#### 3.1 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

- Los factores de verificación técnica están descritos en el Anexo No. 1 del presente estudio previo.

##### 3.1.1 COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS

###### 3.1.1.1 NIVEL DE EDUCACION O NIVEL ACADEMICO

El nivel académico debe haber sido recibido en entidades educativas debidamente reconocidas ante el Ministerio de Educación. Se requiere título profesional de Medico General debidamente acreditado.

###### 3.1.1.2 EXPERIENCIA

Experiencia Laboral: CERO (0) SEGÚN LA RESOLUCIÓN 125 del 08 de abril 2020, ✓

###### 3.1.1.3 HABILIDADES

- Comunicación asertiva: Que permita tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, prestando un servicio respetuoso, efectivo, humanizado, cercano al ciudadano y de calidad que garantice el cumplimiento de todas las actividades inherentes a su quehacer que propendan por la seguridad del paciente.
- Capacidad de trabajo en equipo, que le permita tener actitud de aprendizaje y mejora continua.
- Informática, nivel usuario.
- Capacidad de promover y adaptarse al cambio, para poder adquirir compromisos y responsabilidades.
- Visión continua e integral de los procesos con respeto y valoración del trabajo de los demás.
- Afrontamiento del estrés que le permita sensibilizarse con las necesidades de los demás.

###### 3.1.1.4 FORMACIÓN:

Título: Médico General.

###### 3.1.1.5 EXPERIENCIA DEL FUTURO CONTRATISTA

###### Experiencia

Experiencia Laboral: CERO (0) SEGÚN LA RESOLUCION 125 del 08 de abril 2020. ✓

### 4 CONDICIONES DEL CONTRATO

#### 4.1 LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIOS

La prestación del servicio como Médico General. Se realizará en el Hospital Central de la Policía Nacional ubicado en la carrera 59 No. 26 - 21 CAN

#### 4.2 FORMA DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

Se realizará cumpliendo con las obligaciones del contratista enumeradas en el **Anexo No. 2**, de acuerdo con las especificaciones técnicas relacionadas en el **Anexo No. 1**, por cuatro (4) horas diarias, para un total de veinte dos (22) horas semanales y noventa y cinco horas (95) mensuales, que se distribuirán en diferentes actividades que se le encomienden, en la forma y organización del servicio.

##### 4.2.2 PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

El contratista debe cumplir con la Prestación del Servicio, el cual iniciará a partir de la aprobación de la garantía única, suscripción de la carta de inicio y por un total (07) MESES.

VIGENCIA	DIAS	VALOR POR MES	VALOR TOTAL
2021	210 días	\$ 2.218.508.00	\$ 15.529.556,00

#### 4.3 FORMA DE PAGO

El Hospital Central, se obliga a pagar el valor del presente contrato, en mensualidades vencidas a razón de **DOS MILLONES DOSCIENTOS DIES Y OCHO MIL QUINIENTOS OCHO PESOS \$2.218.508,00 MONEDA LEGAL COLOMBIANA**, de acuerdo a la Resolución de Honorarios **125 del 08 de abril 2020**

El ESPHA Hospital Central Policía Nacional, pagará al **CONTRATISTA** el valor del contrato que resulte del presente proceso, en la ciudad de Bogotá, D. C. en pagos mensuales, dentro de quince (15) días calendario siguientes a la radicación y asignación del turno para pago respectivo, previa presentación de los siguientes documentos:

- Constancia recibo a satisfacción (2BS-FR-0045) se deben incluir las actividades desarrolladas del mes a cobrar
- Cuenta de cobro
- Certificación de Declarante o no del Impuesto sobre la Renta.
- Copia Planilla de pago de aportes al Sistema de seguridad Social en Salud, pensión y ARL
- Copia del RIT (Registro de información Tributaria), la cual deberá ser allegada únicamente para el primer pago.
- Certificación del contratista de encontrarse al día en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, pensiones y riesgos profesionales; respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en el artículo 65 de la ley 1819 de 2016 y demás normatividad vigente.

El pago se realizará dentro de los quince (15) días calendario una vez presentado el recibo de pago y la planilla de pago de aportes de salud, pensión y ARL, certificación de cumplimiento expedida por el supervisor, informe de actividades junto con los documentos requeridos por el Hospital Central, de acuerdo con el derecho a turno y la programación del Plan Anual de Caja (PAC).

Si los documentos en referencia no son entregados dentro del plazo establecido, o son devueltos por el Hospital Central por inconsistencias como falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, el Hospital Central se obliga a cancelar la cuenta el mes siguiente a la fecha programada en el PAC, aprobado por Ministerio de Hacienda.

#### 4.4 SUPERVISOR O INTERVENTOR DEL CONTRATO

El supervisor del contrato será el JEFE GRUPO HOTELERIA HOSPITALARIA HOCEN correo electrónico **hocen.gruho@policia.gov.co** quien haga sus veces, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto contractual, de acuerdo con las funciones asignadas para el efecto en la resolución No. 00090 del 15 de Enero del 2018.

#### **4.5 OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

Las obligaciones del contratista están descritas en el Anexo No. 2

#### **4.6 OBLIGACIONES DEL ESPHA HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL**

Las obligaciones del Hospital Central - Policía Nacional, están descritas en el Anexo No. 3.

#### **5 ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS.**

Los factores que se deben tener en cuenta en la identificación y distribución de los riesgos y garantías (Garantía Única), Se relacionan en el Anexo No. 4 del presente Estudio y Documentos Previos.

#### **6. ANEXOS DEL ESTUDIO**

Son anexos del presente Estudio Previo los siguientes:

- Anexo No. 1 Condiciones Técnicas
- Anexo No. 2 Obligaciones generales del Contratista
- Anexo No. 3 Obligaciones generales del Contratante
- Anexo No. 4 Estimación, tipificación, asignación de riesgos y determinación de garantías.
- Anexo No. 5 Constancia de la oficina Talento Humano, donde certifica que en la planta de personal no existe personal con el perfil solicitado disponible.
- Anexo No. 6 Constancia de Idoneidad y Experiencia



Capitán. **MONICA PATRICIA GUTIERREZ LINARES**  
C.C. 1.121.839.659  
**JEFE GRUPO HOTELERIA HOSPITALARIA**

Elaborado por: TA. MERCEDES BERMUDEZ ROA  
Revisado por: CT. MONICA P GUTIERREZ LINARES  
Jefe Grupo Hotelaria Hospitalaria.  
Fecha de elaboración 10/02/2021  
Ubicación: Escritorio/oficios 2021  
Carrera 59 26-21 CAN, Bogotá  
Teléfono: 2202505  
hocen.grupo@policia.gov.co  
www.policia.gov.co

**Para prestación de servicios profesionales, se debe anexar adicionalmente los siguientes documentos:**

**PERSONA NATURAL:**

- Propuesta o Carta de ofrecimiento del Servicio.
- Declaración de bienes y rentas vigente.
- Diploma y Acta que certifique o acredite la especialización o supra-especialización (solo aplica para especialistas)
- Constancia de afiliación a Entidad Promotora de Salud como independiente (no superior a 30 días de expedición)
- Constancia de afiliación al Fondo de Pensiones (si es pensionado allegar copia de resolución) (no superior a 30 días de expedición)
- Certificado de Registro Único Tributario (RUT) expedido por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN. La actividad económica deberá corresponder a la profesión liberal que va a realizar.
- Formulario de Beneficiario Cuenta y certificación Bancaria
- copia del curso de soporte vital básico y curso de soporte vital avanzado VIGENTE – Cuando Aplique
- Se verifico y se anexa copia del carnet de vacunas.
- Examen pre-ocupacional vigente, el cual no podrá ser superior a 3 años.
- Curso
- Tribunal de Ética Médica Nacional no superior a 30 días
- Se anexa constancia que a la fecha no tiene antecedentes disciplinarios, penales, administrativos, fiscales y/o contravencionales. (Se anexa pantallazo de la consulta realizada ante las páginas web de la POLICIA NACIONAL, PROCURADURIA, CONTRALORIA y Sistema de Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC).



**ANEXO No. 1  
CONDICIONES TÉCNICAS**

**1. IDONEIDAD Y EXPERIENCIA**

MEDICO GENERAL	<b>Título: Medico General</b> Experiencia Laboral: CERO (0) SEGÚN LA RESOLUCION resolución 125 del 08 de abril 2020.
----------------	--

**2. HORAS PRESTACION DE SERVICIOS Y HONORARIOS**

No.	Denominación	Horas Prestación Servicio			Honorarios Mes
		Día	Semana	Mes	
1	MEDICO GENERAL	4	22	95	\$ 2.218.508.00

**3. ACTIVIDADES PROGRAMADAS**

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

ACTIVIDADES ASISTENCIALES	UNIDAD DE MEDIDA	HORAS SEMANA
1. Atención integral de Servicios de salud que garanticen la atención de usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional, en el Hospital Central de acuerdo a las necesidades existentes. ✓	Evolución diaria	1
2. Prestar sus servicios como Medico General Hospitalario – Hospital Central Policía Nacional de acuerdo a las necesidades del servicio establecidas por el supervisor del contrato. ✓	Evolución diaria	1
3. De acuerdo al instructivo No. 013 DISAN-PLANE la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional a través de Telemática diseña e implementa los lineamientos de Seguridad para los responsables de usuarios del Sistema de Información Sanidad Policial (SISAP) en el ámbito nacional con el fin de hacer buen uso por parte del personal que asigna y utiliza los usuarios y tener mecanismo de control para disminuir el nivel de riesgo antes posibles fugas de información.	Seguimiento	1
4. Prescribir los medicamentos en forma genérica incluidos en el plan de Salud del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Cuando un paciente requiera un medicamento que no se encuentre en el Vademécum vigente el profesional debe solicitar autorización previa al Comité Técnico – Científico de Autorización para medicamentos de la Dirección de Sanidad para su prescripción en el formato vigente para tal fin. ✓	Evolución diaria	1
5. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la Historia Clínica de los Pacientes. ✓	Evolución diaria	1
6. Participar en la definición, estandarización y	Seguimiento	2

actualización de los protocolos o instrumentos metodológicos de manejo y atención de pacientes en las áreas de atención, promoción, prevención y rehabilitación con el fin de garantizar la calidad en la prestación de los servicios. ✓		
7. Participar en los programas docentes asistenciales y escuelas de eficiencia que desarrolle la Dirección de Sanidad mediante convenios con centros educativos o de formación (Universidades, Institutos, EPS, IPS, etc.). ✓	<b>Evolución diaria</b>	<b>1</b>
8. Participar en las Brigadas de Salud programadas por la Dirección de Sanidad en aquellos sitios donde la entidad lo requiera. ✓	<b>Evolución diaria</b>	<b>1</b>
9. Valoración y evolución diaria de pacientes hospitalizados en los cuales se debe tener en cuenta: la realización de epicrisis en el sistema SISAP, pasar revista con los especialistas y realizar las interconsultas ordenadas, realizar las órdenes médicas de ingreso y egreso de los pacientes, registro adecuado de las dietas en el ítem asignado, presentación a cada paciente asignado al inicio de su respectivo turno, realizar traslados internos de los pacientes en el sistema. ✓	<b>Evolución diaria</b>	<b>1</b>
10. Brindar información oportuna y acertada a los familiares de los pacientes creando empatía y humanización del servicio de Salud ✓	<b>Evolución diaria</b>	<b>1</b>
11. Mantener activos los usuarios del RUAF y SISAP ya que son personales e intransferibles ✓	<b>Evolución diaria</b>	<b>1</b>
12. Reportar las actas de defunciones a la Secretaria de Salud para la donación de órganos y tejidos ✓	<b>Evolución diaria</b>	<b>1</b>
13. Realizar las actividades propias del servicio de Hospitalización como médico general hospitalario ✓	<b>Evolución diaria</b>	<b>1</b>
14. Realizar entrega de turno de forma personal y registrada en el sistema GEINF. ✓	<b>Evolución diaria</b>	<b>1</b>
15. Cumplir las horas pactadas en el contrato de acuerdo a las necesidades del servicio y la entidad.	<b>Mensual</b>	<b>1</b>
16. El Contratista se compromete a pasar al supervisor la Cuenta de Cobro Mensual anexando, la planilla de pago de aportes de salud, pensión, ARL, el RIT, el Recibido de Satisfacción con firma del supervisor de contrato, carta al Hospital Central, carta cuenta de cobro y carta de parafiscales	<b>Mensual</b>	<b>1</b>
<b>ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS</b>		
Asistir a la Reunión administrativa, capacitación guías de manejo, capacitación en protocolos del servicio de hospitalización	<b>Mensual</b>	<b>5</b>

## ANEXO No. 2

### OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1.) Cumplir con el objeto contractual 2.) El contratista deberá suscribir las pólizas, según lo establecido en la cláusula "MECANISMOS DE COBERTURA, a cargo del Contratista" 3.) Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas. 4.) Responder en los plazos que el Hospital Central establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le fomule. 5.) Cumplir cabalmente con sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social integral, en los términos del artículo 50 de la Ley 789 de 2002 en concordancia con el Decreto 1703 de 2002, Decreto 510 de 2003, Ley 797 de 2003, Ley 828 de 2003 y Ley 1122 de 2007, Decreto 1273 de 2018, lo cual se constituirá en requisito previo para cada uno de los pagos pactados. De acuerdo con el artículo 1° de la Ley 828 de 2003, el incumplimiento de esta obligación será causal para la imposición de multas sucesivas hasta tanto se dé el cumplimiento, previa verificación de la mora, mediante liquidación efectuada por la entidad administradora. Cuando durante la ejecución del contrato se observe la persistencia de este incumplimiento, por cuatro (4) meses la entidad estatal dará aplicación a la cláusula excepcional de caducidad administrativa. 6.) 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 Dirección del Hospital Central para que se adopten las medidas necesarias. 7. Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismo en el proceso de ejecución 8. ) Restituir al Hospital Central 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 que se haya suministrado 9.) Contribuir con el desarrollo del establecimiento de Sanidad Policial donde preste sus servicios, revisando y mejorando los procesos de atención a fin de ofrecer un servicio eficiente y de calidad a los usuarios. 10.) 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 **DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL**, 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. 11.) Colaborar con los entes de control de la entidad o del Estado cuando así se requiera. 12.) Ejercer su profesión con moral y ética. 13.) Hacer parte de los comités académicos, administrativos, de casos especiales, estructuradores y de evaluación de las contrataciones administrativas que lleve a cabo la **DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL** para los cuales sea designado, asumiendo las obligaciones establecidas en el acto de designación sin perjuicio del cumplimiento de sus obligaciones contractuales 14.) Rendir los informes que la **DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL** requiera dentro de los plazos determinados. 15.) Aplicar el conocimiento profesional en las actividades a desarrollar y emitir los conceptos que se requieran 16.) 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, responderá patrimonialmente 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. 17.) 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 18.) Si durante la ejecución del contrato surgen **INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES**, el contratista deberá informar al Supervisor del contrato y a la Dirección del Hospital, para adelantar el trámite correspondiente. 19.) 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 actividades del objeto contractual. 20.) 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). 21.) De acuerdo con lo establecido en el Decreto 2482 de 2010 en su artículo 8, una vez puesto en marcha el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP, el **CONTRATISTA** deberá incluir la información requerida por el Departamento Administrativo de la Función Pública. 22.) El contratista se compromete a tener usuario registrado ante la plataforma SECOP II (Colombia Compra Eficiente) y mantenerlo activo, con el fin de aceptar digitalmente los contratos, adiciones

9. Se verificó y anexa autorización y viabilidad expedida por el Director de Sanidad de la Policía Nacional, para contratar al presente profesional el cual es pensionado (cuando aplique).

10. Se verificó y anexa copia del documento que acredita la especialización o supra especialización, debidamente avalada por el ministerio o secretaria de educación del respectivo profesional a contratar. (Cuando aplique)

11. Se verifico que se encuentra vigente y anexa copia del curso de soporte vital básico (jefes y auxiliares de enfermería del hocen, excepto camilleros) y/o curso de soporte vital avanzado. (Personal de médicos generales de urgencias).

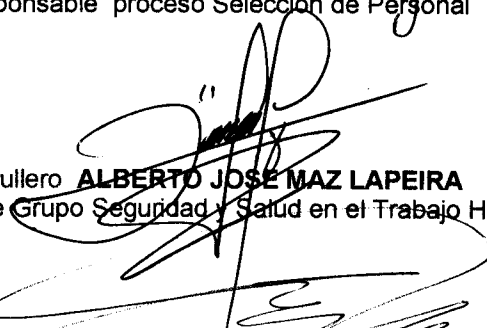
12. Se verifico que se encuentra vigente y anexa copia CERTIFICACION DE CODIGO BLANCO- ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO (personal asistencial de los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización)

13. Se verifico y se anexa copia del carnet de vacunas. (Solo para personal asistencial)

14. Se verifico que el profesional MARIA ALEJANDRA DELGADO CARREÑO identificado (a) con cedula de ciudadanía No 1.018.469.868 de Barrancabermeja(Santander) por parte de esta dependencia se certifica que cumple con la idoneidad y la experiencia necesarias para cumplir con las diferentes actividades como MEDICO GENERAL.

En consecuencia el presente anexo se expide de acuerdo a las políticas y lineamientos de la POLICIA NACIONAL- DIRECCION DE SANIDAD-HOSPITAL CENTRAL, Agencia Colombia Compra Eficiente y Sistema Electrónico de Contratación Pública SECOP II.

  
Psicóloga Dra. **MARIA ISABEL ACOSTA VARGAS**  
Responsable proceso Selección de Personal

  
Patrullero **ALBERTO JOSE MAZ LAPEIRA**  
Responsable Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo HOCEN

  
Capitán **NELSON DAVID COLORADO PELAEZ**  
Responsable Talento Humano HOCEN



DAVIVIENDA

## CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,  
BOGOTA, D.C.,  
COLOMBIA,**

**28/01/2021**

Por medio de la presente hacemos constar que la **señora MARIA ALEJANDRA DELGADO CARRENO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1018469868**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

Número

**0550005100132348**

Fecha de apertura

**16/06/2011**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



Bogotá, D.C., 01 febrero del 2021

Teniente Coronel  
**DOMINGO ALFREDO LÓPEZ DALES**  
Director Hospital Central Policía Nacional  
Ciudad.

Respetado señor,

Por medio de la presente me permito ofrecer a la Policía Nacional – Dirección de Sanidad mis servicios como **Médico General**, que serán prestados en **HOSPITALIZACIÓN**, para tal efecto me acogeré a los honorarios establecido por la Entidad, como también soy consciente y acepto que mi vinculación sea por contrato de prestación de servicio, el cual, de acuerdo a lo establecido en la Ley 80 de 1993 no genera relación laboral ni prestaciones sociales y se celebra por el termino estrictamente indispensable.

Así mismo me permito manifestar bajo la gravedad de juramento, que no me encuentro incurso en ninguna inhabilidad e incompatibilidad previstas en la Constitución y en los artículos 8 y 9 de la ley 80 de 1993, ni relacionado en el Boletín de Responsabilidades Fiscales de la Contraloría General de la Republica, con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en el artículo 60 de la Ley 610 del 2000.

En caso de ser atendido mi requerimiento solicito me sea informado a la dirección: CARRERA 69 D # 25 – 50 APTO 603 Edificio Portal del Salitre

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

Atentamente,

Maria A. Delgado  
**FIRMA** MARIA A DELGADO  
**NOMBRE** MARIA ALEJANDRA DELGADO  
**IDENTIFICACION** 6018469868



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.018.469.868**

**DELGADO CARREÑO**

APELLIDOS

**MARIA ALEJANDRA**

NOMBRES

*Maria A. Delgado*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-SEP-1994**

**BARRANCABERMEJA  
(SANTANDER)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.62**

**O+**

**F**

ESTATURA

G S RH

SEXO

**19-SEP-2012 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00752895-F-1018469868-20151002

0046720606A 1

1523494582





La salud es de todos

Minsalud



COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

MARIA ALEJANDRA DELGADO  
CARRIÑO  
C.C. 1018469868

MEDICO

Colegio Mayor De Nuestra Señora Del Rosario

Bogotá D.C.

Grado: 13/12/2018

Rehitas: 11/02/2019



www.cmc.org.co



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

Firma Representante Colegio Médico Colombiano



# Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C101846986800020098

## EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MEDICA CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **MARIA ALEJANDRA DELGADO CARREÑO**, identificado(a) con C.C. No. 1018469868 y T.P. o R.M. No. 1018469868 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.

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el miércoles 27 enero 2021 a solicitud del(a) interesado(a).

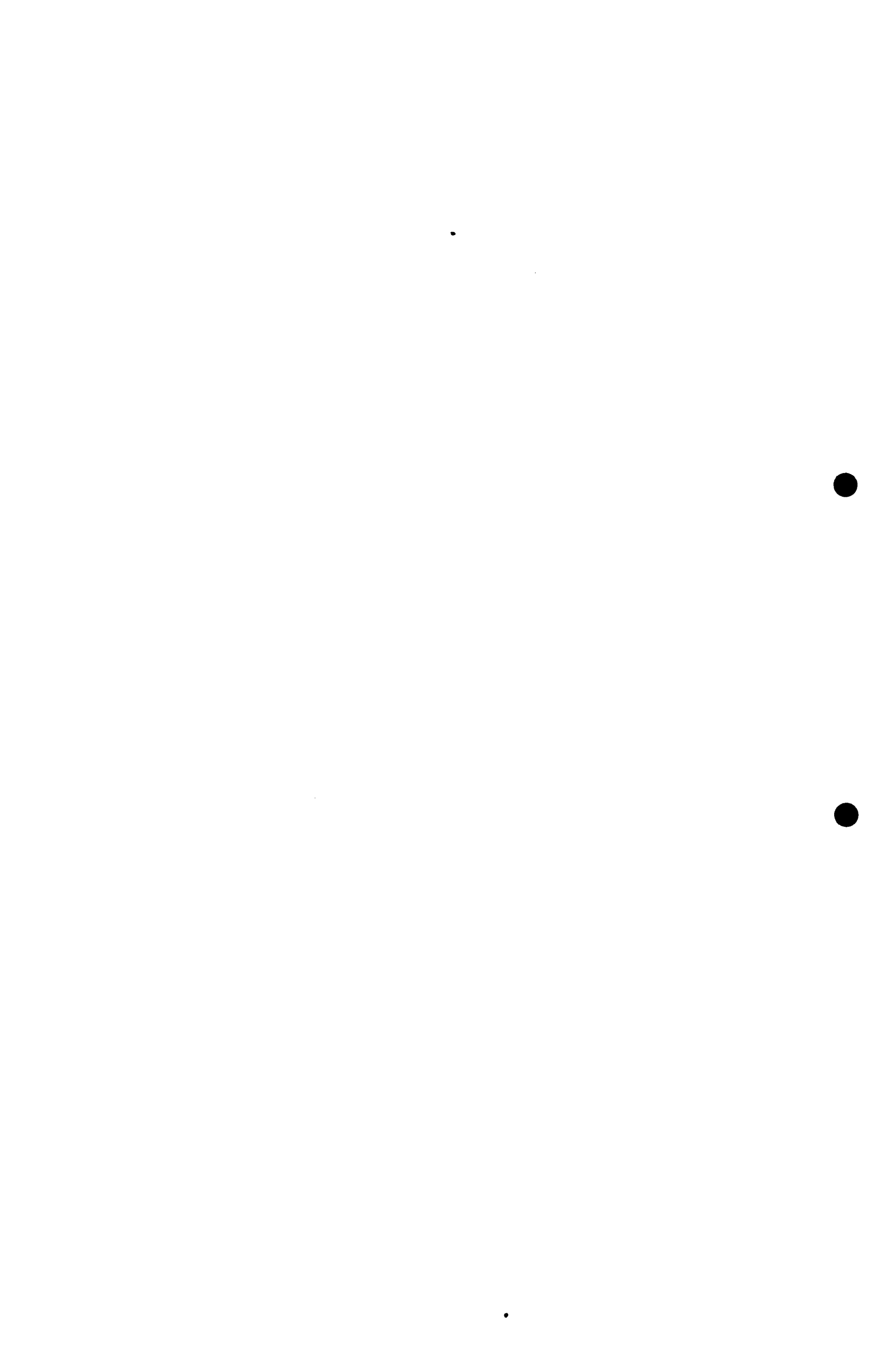
  
GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ  
Presidente



Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. 7440583-6279975 Bogotá D. C.

E - Mail [antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org](mailto:antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org), [www.tribunalnacionaldeeticamedica.org](http://www.tribunalnacionaldeeticamedica.org)

[antecedentestribunal@outlook.com](mailto:antecedentestribunal@outlook.com)



Resultado General -2021-02-02--9:57:47 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	1018469868	MARIA	ALEJANDR A	DELGAD O	CARREN O	Vigente	<a href="#">Ver</a>

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 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 ALEJANDRA DELGADO CARRENO identificado(a) con CC 1018469868 registra La siguiente información:  
2021-02-02--9:57:47 AM Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2019-02-11	44432	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA BOGOTÁ, D.C.	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).



Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Opta	2	24 JUL. 2015	24674AB	Alba Tena
	(acel)			
TD	1	31-01-2015		
Antigripal	2	24 JUL. 2015		

**GRIPAL** 0.5 ml (18/11 ml) Adult 1 dosis  
 Infección Respiratoria - Temporada 2015  
 Vacuna combinada  
 HEPATITIS B, RECOMBINANTE  
 y  
 ANTIGRIPOSALES  
 Conservar entre +2°C - +8°C  
 No congelar  
 Loc. No: UFX1300  
 Mfg. date: 27 Dec. 15  
 Expiry date: 26 Dec. 16  
 Exp. Year: 01/2016  
 CO.COL130917

**FACEL** 0.5 ml  
 For persons 4 years of age and older.  
 Dose: 0.5 ml. IM. See insert.  
 Do not freeze. Shake well.  
 For use within 48 hours of reconstitution.

### VACUNACION CERTIFICADO de CLINISANITAS Vacunación

Institución: MANA  
 Nombre: Maná Alejandra Delgado  
 Identificación: cc 1018469268

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Hep B	1	31.01.2015		
Hep B	2	7-03-2015		
Hep B	3	24 JUL. 2015		Alba Tena

UFX1300  
 CLINISANITAS  
 Cofac de Sanofi Pasteur

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	1	18 NOV 2020	01200074	IPS Camila Palacios
Fiebre Amarilla	1	18 NOV 2020	2108/2021	AUX. Enfermería
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	1	18 NOV 2020	15020018	IPS Camila Palacios
Otras				AUX. Enfermería

BIOLÓGICO	DOSIS	FECHA	LOTE	VACUNADOR
VARICELA	1			
	Ref.			
HEPATITIS A	1			
	Ref.			
NEUMOCOCO	1			
	2			
	3			
	Ref.			
HEPATITIS B	1			
	2			
	3			
	Ref.			
INFLUENZA	1			
OTRAS				
T. VARA	REF	22.01.10	EA111-2	Carde
T. TERNIO	REF	22.01.10	FOU0716-C	Carde





 **Certificado de Vacunación**

Institución: \_\_\_\_\_

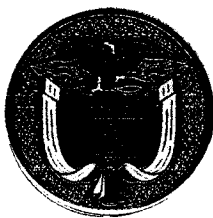
Nombre: Maria Alejandra Carero

Identificación: CC 1018469858 Tel: - -

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
HA	1	08 FEB 2021	1035486	 compensar
HA	2	09 agosto	7021	 compensar

Comuna de San José Páez





La República de Colombia  
y en su nombre, el

*Colegio Nuevo Cambridge*  
Floridablanca, Santander

Reconocido oficialmente por la Secretaría de Educación Municipal,  
según Resolución No. 0572 del 20 de octubre de 2009,

Confiere a:

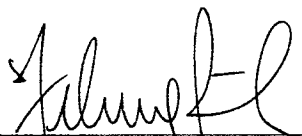
*María Alejandra Delgado Carreño*

Identificada con T.I. No. 940919-07890 de Bucaramanga

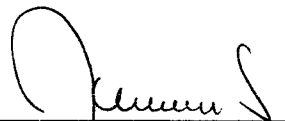
El Título de

*Bachiller Académico Bilingüe*  
*con profundización en Inglés*

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes del Proyecto Educativo Institucional.

  
Telmo Eduardo Peña Amaya  
Rector



  
Alba Luz Melo Santana  
Secretaria Académica

Dado en Floridablanca, Santander, a 1 de julio de 2011

No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.





# Colegio Nuevo Cambridge

Dirección: Calle 32 No. 22-140 Cañaveral Teléfono: 6386152  
Jornada Única  
Floridablanca, Santander

ICFES: 110858 DANE: 368001000516 Inscripción Secretaría de Educación No. 062

## *Acta Individual de Graduación*

En Floridablanca, el día 1 del mes de julio del año 2011, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado de la promoción 2010-2011, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del Colegio Nuevo Cambridge, Institución con Reconocimiento Oficial según Resolución No. 0572 de fecha 20 de Octubre de 2009 de la Secretaria de Educación de Floridablanca en el nivel de Educación Media Académica y autorizada para otorgar el Título de BACHILLER en la modalidad ACADÉMICA.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de

### BACHILLER ACADÉMICO BILINGÜE con profundización en Inglés

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identificación se relaciona a continuación.

## María Alejandra Delgado Carreño

Identificada con T.I. No. 940919-07890 de Bucaramanga

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 43 en lo pertinente

Dado en Floridablanca, el día 1 del mes de julio de 2011.

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron en cumplimiento de lo ordenado en los Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la República.

TELMO EDUARDO PEÑA AMAYA  
C.C. No. 79.937.510 de Bogotá  
Rector

ALBA LUZ MELO SANTANA  
C.C. No. 51.826.522 de Bogotá  
Secretaria Académica





**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO**  
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653


**EL RECTOR Y CLAUSTRO DEL COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO  
A TODOS LOS QUE VIEREN ESTAS LETRAS, SALUD EN EL SEÑOR**

POR EL TENOR DE LAS PRESENTES OS HACEMOS SABER QUE Maria Alejandra Delgado Carreño  
IDENTIFICADA CON LA CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.018.469.868 UNA DE NUESTRAS alumnas DESPUÉS  
DE GRADUARSE BACHILLER, HA OÍDO CON LAUDABLE PUNTUALIDAD Y APLICACIÓN LAS LECCIONES DE NUESTRA ESCUELA DE  
Medicina y Ciencias de la Salud EN TODA LA EXTENSIÓN QUE PIDEN NUESTRAS TRADICIONES Y REGLAMENTOS,  
HABIENDO DADO MUESTRAS PLENAMENTE SATISFACTORIAS DE SU APROVECHAMIENTO EN TODOS LOS ESTUDIOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS, POR LO  
CUAL, EN VIRTUD DE NUESTRAS VENERANDAS CONSTITUCIONES, LAS LEYES 89 DE 1892, 39 DE 1903, 30 DE 1992 Y EL ARTÍCULO 69 DE LA  
CONSTITUCIÓN POLÍTICA, CONFERIMOS EN NOMBRE Y POR AUTORIDAD DEL COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO, A LA PRECITADA  
alumna EL CARÁCTER Y TÍTULO DE Medica CON TODOS  
LOS DERECHOS, HONORES Y PREEMINENCIAS PROPIOS DE LOS MAESTROS DE ESTE NUESTRO CLAUSTRO. PARA QUE CONSTE LE EXPEDIMOS LAS  
PRESENTES LETRAS, FIRMADAS POR EL RECTOR, EL VICERRECTOR, EL DECANO, SELLADAS CON EL SELLO MAYOR DEL COLEGIO, REGISTRADAS EN  
EL N° 58935, LIBRO 13, FOLIO 395 Y REFRENDADAS POR LA SECRETARIA EN EL AULA MÁXIMA DE ESTE COLEGIO MAYOR, EN LA CIUDAD DE  
BOGOTÁ, D.C., A LOS trece DÍAS DEL MES DE diciembre DEL AÑO DEL SEÑOR DE  
dos mil dieciocho (2018)

  
EL RECTOR

  
EL DECANO



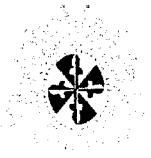
  
EL VICERRECTOR

  
LA SECRETARIA GENERAL

REAL CÉDULA DEL 31 DE DICIEMBRE DE 1651 - RESOLUCIÓN 50 DEL 16 DE SEPTIEMBRE DE 1895

16327/  
1872





**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO**  
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653

Personería Jurídica Res. 58 del 16 de Septiembre de 1895, expedida por el Ministerio de Gobierno

**ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD**  
**Programa de MEDICINA**

**Acta individual de Grado No. 20132 - 58935**

En la ciudad de Bogotá D.C., el día trece (13) de diciembre de dos mil dieciocho (2018) siendo las 9:00h, se llevó a cabo el acto de graduación por el cual el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario confirió el título profesional de:

**MÉDICA**

a

**MARÍA ALEJANDRA DELGADO CARREÑO**

Identificada con Cédula de Ciudadanía. No. 1018469868, quien cumplió con los requisitos académicos y reglamentarios y las normas legales y recibió el diploma No. 11672, registrado bajo el No. 58935 del libro No. 43 folio 395.

Esta acta se encuentra contenida en el Acta General de Grado No. 20132 firmada por:

GUSTAVO ADOLFO QUINTERO

DECANO

HERNÁNDEZ

SANDRA CECILIA PULIDO SÁNCHEZ

SECRETARIA ACADÉMICA

Para constancia se firma en Bogotá D.C. República de Colombia, a los trece (13) días del mes de diciembre de dos mil dieciocho (2018).

**CATALINA LLERAS FIGUEROA**

Secretaria General

ARREGLADO





POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:27:01 AM horas del 26/01/2021, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1018469868**

Apellidos y Nombres: **DELGADO CARREÑO MARIA ALEJANDRA**

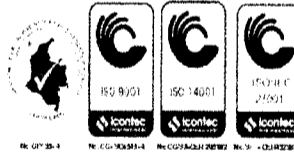
### **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Dirección: Calle 18A # 69F-45  
Zona Industrial, barrio  
Montevideo, Bogotá D.C.  
Atención administrativa: Lunes a  
viernes 7:00 am a 1:00 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:  
lineadirecta@policia.gov.co



CE-006 - 0000000100 – 2021

## CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1018469868
NOMBRES Y APELLIDOS	Delgado Carreño, Maria Alejandra
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/07/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	No Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Delgado Carreño, Maria Alejandra, a los 01 días del mes de febrero del año 2021.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Banny Yeritza Sarmiento Vanegas  
Coordinador Gestión de la Afiliación



LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA ALEJANDRA DELGADO CARREÑO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1018469868**, se encuentra afiliado/a desde **19/06/2019** 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 01 de febrero de 2021.



**Rosa Mercedes Niño 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.





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             | <input type="checkbox"/> | 1.11 Persona Natural Extranjera                               | <input type="checkbox"/>            |
| 1.2 Departamento                           | <input type="checkbox"/> | 1.12 Persona Natural Nacional                                 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 1.3 Empresa Pública Nacional no Financiera | <input type="checkbox"/> | 1.13 Persona Jurídica Nacional Sector Privado                 | <input type="checkbox"/>            |
| 1.4 Empresa Pública Nacional Financiera    | <input type="checkbox"/> | 1.14 Persona Jurídica Pública Administración Central Nacional | <input type="checkbox"/>            |
| 1.5 Establecimiento Público Nacional       | <input type="checkbox"/> | 1.15 Persona Jurídica Extranjera Sector Privado               | <input type="checkbox"/>            |
| 1.6 Gobierno Extranjero                    | <input type="checkbox"/> | 1.16 Regional sin NIT Especial                                | <input type="checkbox"/>            |
| 1.7 Municipio                              | <input type="checkbox"/> | 1.17 Resguardo  | <input type="checkbox"/>            |
| 1.8 Otra Pública Departamental             | <input type="checkbox"/> | 1.18 Sociedad de Economía Mixta                               | <input type="checkbox"/>            |
| 1.9 Otra Pública Municipal                 | <input type="checkbox"/> | 1.19 Universidad Pública                                      | <input type="checkbox"/>            |
| 1.10 Otro Beneficiario                     | <input type="checkbox"/> | 1.20 Empresa Industrial y Comercial del Estado                | <input type="checkbox"/>            |

**2. TIPO DE DOCUMENTO**

- |   |                                     |                            |                          |
|---|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 2.1 Cédula de Ciudadanía                | <input checked="" type="checkbox"/> | 2.4 Otro Tipo de Documento | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 Cédula de Extranjería               | <input type="checkbox"/>            | 2.5 Pasaporte              | <input type="checkbox"/> |
| 2.3 Número de Identificación Tributaria | <input type="checkbox"/>            | 2.6 Tarjeta de Identidad   | <input type="checkbox"/> |

NUMERO DEL DOCUMENTO

1 0 1 2 4 6 9 8 6 - 8

**ANEXAR FOTOCOPIA DE CEDULA O NIT**

**3. TIPO DE RETENCION**

- |  |                          |  |                                     |
|--|--------------------------|--|-------------------------------------|
| 3.1 Auto retenedor no gran Contribuyente | <input type="checkbox"/> | 3.5 General no es Gran Contribuyente ni Auto retenedor | <input type="checkbox"/>            |
| 3.2 Entidad Estatal ó sin ánimo de lucro | <input type="checkbox"/> | 3.6 Régimen Común                                      | <input type="checkbox"/>            |
| 3.3 Gran contribuyente Autoretenedor     | <input type="checkbox"/> | 3.7 Régimen Simplificado                               | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3.4 Gran contribuyente no Autoretenedor  | <input type="checkbox"/> |  |                                     |

**4. NOMBRE O RAZON SOCIAL** Maria Alejandro Delgado Carreno

**5. PAIS** Colombia

**6. CIUDAD** Bogotá

**7. TELEFONO Y FAX** 3165286310

**8. DIRECCION** Carrera 69 0 #25-50 apto 603

**9. E-MAIL** maria.a.delgado@outlook.com

**4. INFORMACION DE LA CUENTA**

1. ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA DAVIENDA

2. NUMERO DE LA CUENTA 0 0 5 1 0 0 1 3 2 3 4 8

3. CLASE DE CUENTA  CORRIENTE  AHORROS

**ANEXAR CERTIFICACION BANCARIA**

SE DA FE DE LA INFORMACION REGISTRADA ANTERIORMENTE

FECHA 28 ENERO DE 2021

Maria A. Delgado  
FIRMA REPRESENTANTE LEGAL - CONTRATISTA



2. Concepto  0  1 Inscripción

4. Número de formulario

14611416742



5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 1 8 4 6 9 8 6 8

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

**IDENTIFICACIÓN**

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 1 8 4 6 9 8 6 8

27. Fecha expedición

2 0 1 2 0 9 1 9

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

DELGADO

32. Segundo apellido

CARREÑO

33. Primer nombre

MARIA

34. Otros nombres

ALEJANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

**UBICACIÓN**

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 69 D 25 50 AP 603

42. Correo electrónico

maria.a.delgado@outlook.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 6 5 2 8 6 3 1 0

45. Teléfono 2

**CLASIFICACIÓN**

**Actividad económica**

**Ocupación**

**Actividad principal**

46. Código

8 6 2 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 8 1 2 0 3

**Actividad secundaria**

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1 2

**Otras actividades**

51. Código

52. Número establecimientos

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

53. Código  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

20- Obtención NIT

**Obtigados aduaneros**

**Exportadores**

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

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

60. No. de Folios:

61. Fecha

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016  
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GUERRERO GUERRERO ASTRID JOHANA

985. Cargo Gestor I



I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO,  
IDENTIFICADO CON: C.C.  C.E.  OTRO  No. 1018469868 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: BOGOTÁ

DIRECCIÓN Cra 69 0 # 25-50 apto 603 TELÉFONOS 3165286310

MUNICIPIO Bogotá DEPARTAMENTO Cundinamarca PAÍS Colombia

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Jacob Delgado Ortiz	13849520	Padre
Nelly Camerón Rojas	63292335	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN , PARA RETIRARME , PARA ACTUALIZACIÓN , PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE , QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	50'553.081
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	0
ARRIENDOS	0
HONORARIOS	0
OTROS INGRESOS Y RENTAS	0
<b>TOTAL</b>	

Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Parivienda	Ahorros	005100132348	Bogotá	

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR



**1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)**

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

**1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES**

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos :

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO
Fepasde	

c) En la actualidad : SI  NO  tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con :

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	

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
Cubrimiento de Incapacidad médica en una clínica	Médico General de urgencias

Mario A. Delgado

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

30-01-2021 Bogotá

CIUDAD Y FECHA





# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

ENTIDAD RECEPTORA

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

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <b>DEGADO</b>	SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) <b>CARRERO</b>	NOMBRES <b>MARIA ALEJANDRA</b>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <b>1018469868</b>	SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD PAÍS COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <b>19</b> MES <b>09</b> AÑO <b>1994</b> PAÍS <b>Colombia</b> DEPTO <b>Santander</b> MUNICIPIO <b>Barrancabermeja</b>	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <b>Cra 69 D #25-50 apto 603</b> PAÍS <b>Colombia</b> DEPTO <b>Cundinamarca</b> MUNICIPIO <b>Bogotá</b> TELÉFONO <b>3165286310</b> EMAIL <b>maria.a.delgado</b>	

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

### EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES	ANO
											<b>06</b>	<b>2011</b>

### EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA 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	
<b>UN</b>	<b>12</b>	<b>X</b>		<b>Médico General</b>	<b>12</b>	<b>2018</b>	<b>1018469868</b>

ESPECIFIQUE 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
<b>Inglés</b>			<b>X</b>			<b>X</b>			<b>X</b>
<b>Coreano</b>	<b>X</b>			<b>X</b>			<b>X</b>		



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
<b>EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE</b>			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.



FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

**4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	1	4

**5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI  NO  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.

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 Bogotá, 01 febrero del 2021

Marcia A. Delgado  
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

**6 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





**SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.**  
 Código Prestador: 110010653705  
 Nit: 830029102-0  
 Dirección: Carrera 24 N° 85-23  
 Telefono: 4320260  
 Email: conceptos@soandes.co  
 SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017



**Información General**

No. ingreso 542730	Fecha Impresión 2021-02-04	Empresa Contratante	PARTICULARES
Nombre	MARIA ALEJANDRA DELGADO CARREÑO	Empresa a Laborar	
Cargo	MEDICO	Tipo de Examen	PRE - INGRESO
CC	1018469868	Sede	POLO CLUB II
Fecha Ingreso	2021-02-01 10:02:00	Fecha Salida	2021-02-04 14:26:58



**Exámenes Complementarios**

**Paraclínicos**

- EMO Pre Ingreso
- Optometría

**Laboratorio Clínico**

**Vacunas**

**Certificación de Aptitud**

Apto para Desempeñar Cargo

**Concepto de acuerdo al énfasis**

OSTEOMUSCULAR REALIZADO

**Recomendaciones Generales**

- Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
- Control periódico ocupacional
- Hábitos nutricionales saludables
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo
- Ejercicio regular 3 veces / semana

**Recomendaciones Ocupacionales Preventivas**

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **BIOLOGICO:** Uso de elementos de Bioseguridad adecuados para el riesgo y verificación de esquema de vacunación.
- **RESPIRATORIA:** Uso de elementos de protección respiratoria adecuados para la exposición.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

**Recomendaciones Específicas Trabajador**

ADHERIR INTEGRALMENTE Y ADOPTAR LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD SEGUN LINEAMIENTOS EXPEDIDOS POR LA PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA Y MINISTERIO DE SALUD CON MOTIVO DE LA PANDEMIA POR COVID 19 TRABAJADOR EN LA ACTUALIDAD NO PRESENTA PATOLOGIAS DE ALTO RIESGO PARA COVID 19 SEGUN CIRCULAR 0030 DE MAYO DEL 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD.

**Recomendaciones Específicas Empresa**

Incluir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa CUENTA CON ESQUEMA DE VACUNACION DE HEPATITIS B, FIEBRE AMARILLA, TOXOIDE TETANICO, SARAMPION, INFLUENZA ESTACIONAL, TRIPLE VIRAL, SARAMPION RUBEOLA.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Se da a conocer al paciente los resultados de las pruebas o valoraciones complementarias y sus recomendaciones generadas como resultado de la evaluación medica ocupacional

*CS*

*Maria A. Delgado*

Profesional: CESAR AUGUSTO TORRES PARDO  
 CC: 79563238  
 Registro médico: 95247901  
 Licencia N°: 87911

Firma del trabajador: MARIA ALEJANDRA DELGADO CARREÑO  
 CC: 1018469868



Paciente: MARIA ALEJANDRA DELGADO CARRENO

Cédula: 1018469868 Edad: 026 A / Sexo: F

Medico:

Empresa: PARTICULARES

Fecha Recepción: 08/02/2021 Hora: 10:43:23

Fecha Impresión: 09/02/2021 Hora: 12:19:32



REF: 0012-000000213424



PARAMETRO

RESULTADOS

INTERVALO BIOLÓGICO DE REFERENCIA

HEPATITIS A, ANTICUERPOS IgG

Resultado:

0.12

INTERPRETACION

No Reactivo: Menor de 1.0

Reactivo : Mayor o Igual a 1.0

Validado: 09/02/2021 11:26:00

Técnica: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

Responsable: DIANA CRISTAL GIRALDO RAMOS , Reg. 1018409812

NATALY POLO OLIVAR  
JEFE DE LABORATORIO  
RP 52919302

La interpretación de los resultados debe ser realizada exclusivamente por el médico



PERFIL LIPIDICO

COLESTEROL TOTAL 129.50 mg/dl

Valor de Referencia segun la NCEP-ATP III-2001

Optimo: Menor de 200 mg/dl

Intermedio Alto: entre 200 y 239 mg/dl

Alto: Mayor o igual a 240 mg/dl

COLESTEROL HDL 54.30 mg/dl

Valores de Referencia

Sin riesgo : mayor de 65 mg/dl

Riesgo moderado: entre 45 y 65 mg/dl

Alto riesgo : menor de 45 mg/dl

TRIGLICERIDOS 50.90 mg/dl

Valor de Referencia segun la NCEP-ATP III-2001

Normal: Menor de 150 mg/dl

Intermedio Alto: 150 a 199 mg/dl

Alto : Entre 200 y 499 mg/dl

Muy Alto: Mayor o igual a 500 mg/dl

COLESTEROL LDL 65.02 mg/dl

Valor de Referencia segun la NCEP-ATP III-2001

Optimo: menor de 100 mg/dl

Casi optimo: 100-129 mg/dl

Intermedio Alto: 130-159 mg/dl

Alto: entre 160-189 mg/dl

Muy Alto: Mayor o igual a 190 mg/dl

COLESTEROL VLDL 10.18 mg/dl 2 a 32

Validado: 30/01/2021 14:43:48

Técnica:

Responsable: DANIELA BARRETO , Reg.

NATALY POLO OLIVAR  
JEFE DE LABORATORIO  
RP 52919302

La interpretación de los resultados debe ser realizada exclusivamente por el médico



Paciente: MARIA ALEJANDRA DELGADO CARRENO

Cédula: 1018469868 Edad: 026 A / Sexo: F

Medico:

Empresa: PARTICULARES

Fecha Recepción: 30/01/2021 Hora:09:57:38

Fecha Impresión: 01/02/2021 Hora:08:26:56



REF: 0012- 000000213095



PARAMETRO	RESULTADOS	INTERVALO BIOLÓGICO DE REFERENCIA
<b>CUADRO HEMÁTICO</b>		
<b>SERIE ROJA</b>		
Hematies	4,470,000 /uL	3500000 a 4500000
Hemoglobina	11.30 g/dl	13.3 a 16.3
Hematocrito	34.70 %	42 a 49
VCM	77.60 fL	80 a 100
HCM	25.30 pg	27 a 32
CHCM	32.60 g/dl	32 a 36
RDW-SD	43.70 fL	35 a 55
RDW-CV	15.40 %	11.5 a 15.0
<b>ERITROSEDIMENTACION</b>		
Velocidad de Sedimentación (Westergren)	4 mm/1hora	9.9 a 16.0
<b>MORFOLOGIA</b>		
Microcíticos	+	
Normoblastos	0.00 %	
<b>SERIE BLANCA</b>		
Leucocitos	8,980 mm <sup>3</sup>	5000 a 10000
<b>RECUESTO DIFERENCIAL</b>		
Neutrófilos	60.30 %	35.0 a 65.0
Linfocitos	30.40 %	25 a 40
Eosinófilos	1.30 %	0.5 a 5.0
Monocitos	7.30 %	3 a 10
Basófilos	0.40 %	0 a 1
Granulocitos Inmaduros	0.30 %	
<b>SERIE PLAQUETARIA</b>		
Recuento de Plaquetas	279,000 mm <sup>3</sup>	150000 a 450000
Validado: 30/01/2021 14:41:06		
Técnica:		
Responsable: MARYURY CONTRERAS , Reg. 1019016152		
<b>GLICEMIA EN AYUNAS</b>		
	93.70 mg/dl	70 a 100
Validado: 30/01/2021 14:43:48		
Técnica:		
Responsable: DANIELA BARRETO , Reg.		

Página 1 de 2

Bogotá D.C.

Email: [analizar@analizarlab.com](mailto:analizar@analizarlab.com)

Home Page: [www.analizarlab.com](http://www.analizarlab.com)

Toma de muestras a domicilio a través de nuestras líneas telefónicas 6580028 y/o 6580000





Paciente: MARIA ALEJANDRA DELGADO CARRENO

Cédula: 1018469868 Edad: 026 A / Sexo: F

Medico:

Empresa: PARTICULARES

Fecha Recepción: 30/01/2021 Hora:09:57:38

Fecha Impresión: 02/02/2021 Hora:14:30:59



REF: 0012- 000000213095



PARAMETRO	RESULTADOS	INTERVALO BIOLÓGICO DE REFERENCIA
<b>CUADRO HEMÁTICO</b>		
<b>SERIE ROJA</b>		
Hematies	4,470,000 / $\mu$ L	3500000 a 4500000
Hemoglobina	11.30 g/dl	13.3 a 16.3
Hematocrito	34.70 %	42 a 49
VCM	77.60 fL	80 a 100
HCM	25.30 pg	27 a 32
CHCM	32.60 g/dl	32 a 36
RDW-SD	43.70 fL	35 a 55
RDW-CV	15.40 %	11.5 a 15.0
<b>ERITROSEDIMENTACION</b>		
Velocidad de Sedimentación (Westergren)	4 mm/1hora	9.9 a 16.0
<b>MORFOLOGIA</b>		
Microcíticos	+	
Normoblastos	0.00 %	
<b>SERIE BLANCA</b>		
Leucocitos	8,980 mm <sup>3</sup>	5000 a 10000
<b>RECUESTO DIFERENCIAL</b>		
Neutrófilos	60.30 %	35.0 a 65.0
Linfocitos	30.40 %	25 a 40
Eosinófilos	1.30 %	0.5 a 5.0
Monocitos	7.30 %	3 a 10
Basófilos	0.40 %	0 a 1
Granulocitos Inmaduros	0.30 %	
<b>SERIE PLAQUETARIA</b>		
Recuento de Plaquetas	279,000 mm <sup>3</sup>	150000 a 450000

Validado: 30/01/2021 14:41:06

Técnica:

Responsable: MARYURY CONTRERAS , Reg. 1019016152

**GLICEMIA EN AYUNAS**

93.70 mg/dl

70 a 100

Validado: 30/01/2021 14:43:48

Técnica:

Responsable: DANIELA BARRETO , Reg.



PERFIL LIPIDICO

COLESTEROL TOTAL 129.50 mg/dl

Valor de Referencia segun la NCEP-ATP III-2001

Optimo: Menor de 200 mg/dl

Intermedio Alto: entre 200 y 239 mg/dl

Alto: Mayor o igual a 240 mg/dl

COLESTEROL HDL 54.30 mg/dl

Valores de Referencia

Sin riesgo : mayor de 65 mg/dl

Riesgo moderado: entre 45 y 65 mg/dl

Alto riesgo : menor de 45 mg/dl

TRIGLICERIDOS 50.90 mg/dl

Valor de Referencia segun la NCEP-ATP III-2001

Normal: Menor de 150 mg/dl

Intermedio Alto: 150 a 199 mg/dl

Alto : Entre 200 y 499 mg/dl

Muy Alto: Mayor o Igual a 500 mg/dl

COLESTEROL LDL 65.02 mg/dl

Valor de Referencia segun la NCEP-ATP III-2001

Optimo: menor de 100 mg/dl

Casi optimo: 100-129 mg/dl

Intermedio Alto: 130-159 mg/dl

Alto: entre 160-189 mg/dl

Muy Alto: Mayor o igual a 190 mg/dl

COLESTEROL VLDL 10.18 mg/dl

2 a 32

Validado: 30/01/2021 14:43:48

Técnica:

Responsable: DANIELA BARRETO . Reg.

HEPATITIS B, Anticuerpos (AcHBs)

Resultado: > 1000.00

Interpretación.

No Reactivo: Valores Menores de 10.00 mIU/ml

Reactivo : Valores Mayores o Iguales a 10.00 mIU/ml

Validado: 01/02/2021 12:05:43

Técnica:

Responsable: DIANA CRISTAL GIRALDO RAMOS , Reg. 1018409812

NATALY POLO OLIVAR  
JEFE DE LABORATORIO  
RP 52919302

La interpretación de los resultados debe ser realizada exclusivamente por el médico



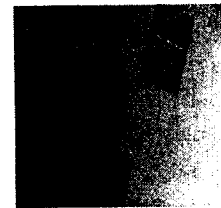


SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.  
Código Prestador: 110010653705  
Nit: 830029102-0  
Dirección: Carrera 24 N° 85-23  
Telefono: 4320260  
Email: [conceptos@soandes.co](mailto:conceptos@soandes.co)  
SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017



#### Información General

No. Ingreso	542730	Fecha Impresión	2021-02-01	Empresa Contratante	PARTICULARES
Nombre	MARIA ALEJANDRA DELGADO CARREÑO	Empresa a Laborar			
Cargo	MEDICO	Tipo de Examen	PRE - INGRESO		
CC	1018469868	Sede	POLO CLUB II		
Fecha Ingreso	2021-02-01 10:02:00	Fecha Salida	2021-02-01 11:11:39		



#### Exámenes Complementarios

##### Paraclínicos

- EMO Pre Ingreso
- Optometría

##### Laboratorio Clínico

##### Vacunas

#### Certificación de Aptitud

Apto para Desempeñar Cargo

#### Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR REALIZADO

#### Recomendaciones Generales

- Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
- Control periódico ocupacional
- Hábitos nutricionales saludables
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo
- Ejercicio regular 3 veces / semana

#### Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **BIOLÓGICO:** Uso de elementos de Bioseguridad adecuados para el riesgo y verificación de esquema de vacunación.
- **RESPIRATORIA:** Uso de elementos de protección respiratoria adecuados para la exposición.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

#### Recomendaciones Específicas Trabajador

ADHERIR INTEGRALMENTE Y ADOPTAR LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD SEGUN LINEAMIENTOS EXPEDIDOS POR LA PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA Y MINISTERIO DE SALUD CON MOTIVO DE LA PANDEMIA POR COVID 19 TRABAJADOR EN LA ACTUALIDAD NO PRESENTA PATOLOGIAS DE ALTO RIESGO PARA COVID 19 SEGUN CIRCULAR 0030 DE MAYO DEL 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD.

#### Recomendaciones Específicas Empresa

Incluir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Se da a conocer al paciente los resultados de las pruebas o valoraciones complementarias y sus recomendaciones generales como resultado de la evaluación médica ocupacional

Profesional: CESAR AUGUSTO TORRES PARDO  
CC: 79563238  
Registro médico: 95247901  
Licencia N°: 87911

Firma del trabajador: MARIA ALEJANDRA DELGADO CARREÑO  
CC: 1018469868



# REANIMACIÓN CARDIOVASCULAR AVANZADA

**Proveedor  
de ACLS**



**MARIA ALEJANDRA DELGADO CARRENO**

ha realizado con éxito las evaluaciones cognitivas y de habilidades de acuerdo con el contenido del programa de ACLS (del inglés Advanced Cardiovascular Life Support, reanimación cardiovascular avanzada) de la American Heart Association.

**Fecha de emisión**

8 Nov 2020

**Renovar antes del**

Nov 2022

**Nombre del centro de entrenamiento**

Fundacion Universitaria de Ciencias de la Salud

**Nombre del instructor**

ALEXANDRA MARTINEZ ESCOBAR

**N.º de ID del centro de entrenamiento**

ZL20423

**ID del instructor**

1506000513

**Ciudad y país del centro de entrenamiento**

Bogotá, COLOMBIA

**Código de la tarjeta electrónica**

55135CE1DD0E

**Nombre del sitio de entrenamiento**

FUCS - SIMULACIÓN CLÍNICA

**Código QR**



Para visualizar o comprobar la autenticidad, los estudiantes y los empleadores deben escanear este código QR con su dispositivo móvil o acceder a [www.cprverify.org](http://www.cprverify.org). © 2020 American Heart Association. Todos los derechos reservados. 20-2817 10/20



**BASIC LIFE SUPPORT** **BASIC LIFE SUPPORT**

Save a Life<sup>SM</sup>  
**BLS**  
**Provider**

**MARIA DELGADO**

**Save a Life**  
CERTIFICATIONS<sup>SM</sup>  
by NHCPS

This card certifies that the individual listed above has successfully completed the evaluations in accordance with the curriculum of Save a Life Certifications<sup>SM</sup> by National Health Care Provider Solutions (NHCPS) Basic Life Support (BLS) program and adheres to the latest ILCOR Standards and Guidelines and are Joint Commission (JCAHO) compliant.

**May 22, 2020**

**May 22, 2022**

Issue Date

Recommended Renewal Date

Training Organization **National Health Care Provider Solutions**

TO Info **Las Vegas, NV 89104 (888) 688-3545**

Instructor Name **Karl F. Disque D.O. RPh**

Instructor Signature *Karl Disque D.O. RPh*

Holder's Signature

2020 National Health Care Provider Solutions<sup>SM</sup>

02-2020



Otorgan el presente

Certificado a:

**Maria Alejandra Delgado Carre**

Con número de identificación 1018469868

Por haber completado a satisfacción el curso de:

**Atención integral en salud a las víctimas de violencia sexual**

Cuarenta (40) horas de estudio  
26 de Agosto de 2019

MBozónG.

Maria del Rosario Bozón  
Directora División de Educación Continuada  
Universidad El Bosque



Dra. Ángela Medina  
Directora Médica  
Momentum



Roosevelt Fajardo MD MBA FACS  
Director de Educación y Gestión del Conocimiento  
Fundación Santa Fe de Bogotá





**DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**  
**CERTIFICACION PLAN DE COMPRAS SANIDAD**

POLICIA NACIONAL

DELGADO CARREÑO MARIA ALEJANDRA

FECHA 09 DE FEBRERO DEL 2021

CERTIFICADO No. 0112

390063

UNIDAD EJECUTA	UNIDAD	PROGRAMA PRESUPUESTAL	MES PROYECTADO COMPRA	CODIGO CUBS	RUBRO PRESUPUESTAL	DESAGREGACION PRESUPUESTAL	DESCRIPCION DEL BIEN Y/O SERVICIO	VALOR UNITARIO (INCLUIDO IVA)	FONDOS ESPECIALES R16		APORTES DE LA NACION R10		OTRO RECURSO	
									VALOR TOTAL	CANT	VALOR TOTAL	CANT	VALOR TOTAL	CANT
HOCEM 001	HOCEM	PROGRAMA 0	FEBRERO		02-02-02-008 SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCION	02-02-02-008-003 OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, CIENTIFICOS Y TECNICOS	MEDICO GENERAL 4 HORAS	2.218.508,00	15.529.556,00	210	15.529.556,00	NA		
									15.529.556,00					

VALOR TOTAL CERTIFICACION

15.529.556,00

*[Signature]*  
IT. JAIRO ANTONIO RODRIGUEZ GAITAN  
ANALISTA PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES HOCEM

*[Signature]*  
TE. ESTEBAN VERGARA MARTINEZ  
RESPONSABLE PLANEACION HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA

RECIBE:

Grado, Nombres y Apellidos

LABORÓ: MARGARITA ROSA RODRIGUEZ SALINAS

REVISÓ: TC. GLORIA ESMERALDA ARIZA BECERRA

APROBÓ: BG JORGE ENRIQUE RODRIGUEZ PERALTA

FECHA: 01/04/12

FECHA: 30/04/12

FECHA: 10/05/2012





Agencia Central de Contratación Pública  
Compendio

Municipio: Jajalpa  
Código Postal: 15010  
Teléfono: 502 2222 1111

Municipio: Jajalpa  
Código Postal: 15010  
Teléfono: 502 2222 1111

Municipio: Jajalpa  
Código Postal: 15010  
Teléfono: 502 2222 1111

SOLICITUD DE CREDITO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL			
Numero:	Fecha Registro:	Valor:	Valor Actual:
001	15/02/2021	15,529,856.00	15,529,856.00
ITEM PARA ESPECIFICACION DE GASTO			
DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FECHA OPERACION	VALOR OPERACION
001 SERVICIOS DE PERSONAL	AGENCIAS DE SERVICIOS PERSONALES Y OPERACIONES		
Total: 15,529,856.00			

Objeto: 001 SERVICIOS DE PERSONAL

*[Firma manuscrita]*  
OSCAR JAVIER BELTRAN RODRIGUEZ  
Analista de Contratos

MAYOR JULIO CESAR QUINTANA RODRIGUEZ  
Jefe Grupo Contratos HOCEN

Firma Responsable





# HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL

Nit: 830067597

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA

**CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL Numero: 389**

EL JEFE DE LA : PRESUPUESTO

## CERTIFICA :

Que en el presupuesto de gastos para la presente vigencia fiscal, existe disponibilidad presupuestal por cuantía de QUINCE MILLONES QUINIENTOS VEINTINUEVE MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE \*\*\* \$15,529,556.00 para amparar el compromiso que se pretende realizar como se determina a continuación:

Por Concepto de: MD GENERAL /// PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPHA HOCEN /// CD 337 /// PAA 112 /// 210 DIAS

Estado: **AUTORIZADO**

Area Solicitante: SERVICIOS DE PERSONAL SECSA HOCEN

Nombre Solicitante: CR DOMINGO LOPEZ

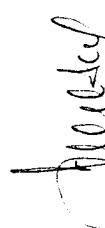
Fecha Solicitud: 16/02/2021

Observaciones: ..

Proyecto:

AREA	IMPUTACION PRESUPUESTAL						DESCRIPCION	VIGENCI	VALOR				
	Tpo	Cla	Cta	Scta	Obg	Ord				Sor	Aux	Recu	
1724000	SERVICIOS DE PERSONAL SECSA HOCEN	0	2	020	200	8				16	SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCION	2021	\$15.529.556.00
<b>TOTAL</b>													
<b>\$15.529.556.00</b>													

Expedido a los 16 dias del mes de Febrero de 2021 en la ciudad de BOGOTA

  
 PS - 03 JANNETH HERNANDEZ LIZARAZO  
 RESPONSABLE DE PRESUPUESTO HOCEN





Reporte Certificado de Disponibilidad Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante: SERGIO HERNAN CUESTA RUIZ  
 Unidad ó Subunidad: 16-01-02-001 HOSPITAL CENTRAL  
 Ejecutora Solicitante:  
 Fecha y Hora Sistema: 2021-02-16-12:12 p. m.

**CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL**

El suscrito Jefe de Presupuesto CERTIFICA que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en los siguientes "Items de afectación de gastos"

Numero:	136121	Fecha Registro:	2021-02-16	Unidad / Subunidad ejecutora:	16-01-02-001 HOSPITAL CENTRAL
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Generado	Tipo:	Gasto
Valor Inicial:	15.529.556,00	Valor Total Operaciones:	0,00	Valor Actual:	15.529.556,00
				Saldo x Comprometer:	15.529.556,00
				Uso Caja Menor	Ninguno
				Vr. Bloqueado	0,00

**SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL**

Numero:	137521	Fecha Registro:	2021-02-15	Numero:		Modalidad de contratación:		Tipo de contrato:	
---------	--------	-----------------	------------	---------	--	----------------------------	--	-------------------	--

**AUTORIZACION DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS**

**ITEM PARA AFECTACION DE GASTO**

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X COMPROMETER	VALOR BLOQUEADO
Q01 SERVICIOS DE PERSONAL	A-02-02-02-008-003 OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, CIENTIFICOS Y TECNICOS	Nación	16	SSF						
<b>Total:</b>						15.529.556,00	0,00	15.529.556,00	15.529.556,00	0,00

Objeto: MD GENERAL /// PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPHA HOCEN /// CD 337 /// PAA 112 /// 210 DIAS

PS - 03 JANNETH HERNANDEZ LIZARAZO  
 RESPONSABLE PRESUPUESTO HOCEN

